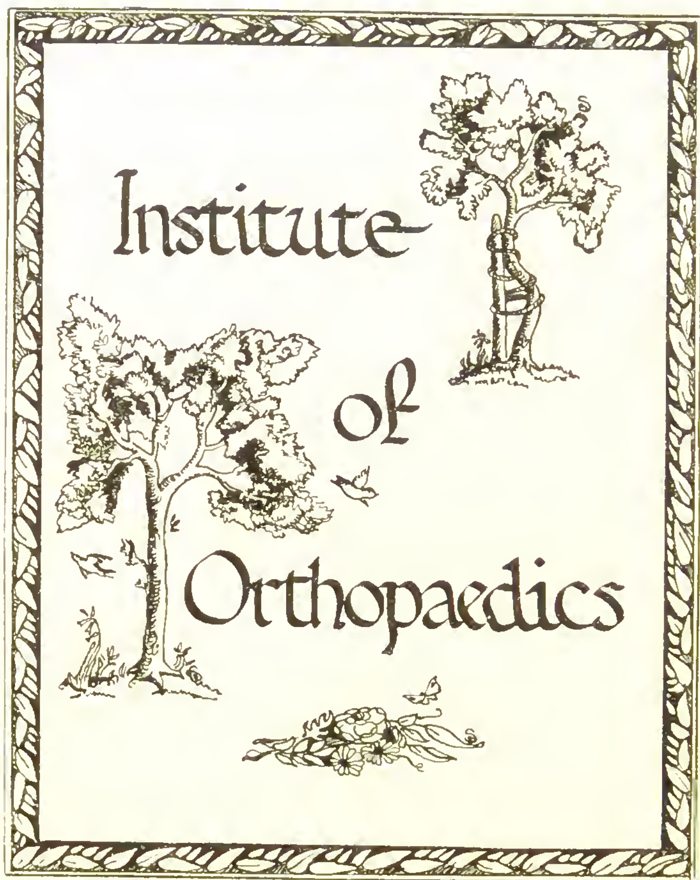
CALOT

LES MALADIES *qu'on soigne à* BERCK

ADÉNITES, TUMEURS BLANCHES, COXALGIE, SCOLIOSE, MAL DE POTT, LUXATION CONGENITALE, ETC, ETC,

MASSON ET CIE


Institute
of
Orthopaedics

PRINCIPAUX OUVRAGES OU PUBLICATIONS DU Dr CALOT

SUR LES MALADIES DES ENFANTS (1)



I. — Sur le Traitement marin.

De la valeur du traitement marin contre les tuberculoses externes (*Congrès de Thalassothérapie* de Boulogne, 1894).

Des indications et des contre-indications du traitement marin (*Même Congrès*).

Le traitement marin dans les tuberculoses (*Revue des maladies de l'enfance,* 1895).

Le pronostic et le traitement des tuberculoses externes et en particulier de la coxalgie et du mal de Pott, à Berck (*Congrès d'Ostende*, 1895).

II. — Abcès froids.

Le naphtol camphré en injections peut être toxique (contrairement à l'opinion unanimement soutenue jusqu'alors) (*Bulletins de la Société de Chirurgie*, 1891-1892).

(1) Nous n'avons pas mentionné ici les ouvrages du Dr Calot, qui ne se rapportent pas aux Maladies des Enfants. (Note de l'Editeur).

Le traitement des abcès froids (*Congrès de Chirurgie*, 1893).

III. — Adénites cervicales.

Le traitement des cicatrices d'origine lymphatique dans la région du cou (*Congrès de Chirurgie*, 1892).

La guérison des adénites cervicales sans cicatrice (*Congrès de Chirurgie,* 1898).

IV. — Maladies des os.

Les tumeurs osseuses chez les enfants (*Congrès de Chirurgie*, 1899).

V. — Tumeurs blanches.

Le traitement de la tumeur blanche du genou (avec Decherf) (*Revue d'Orthopédie*, 1895).

Le traitement des tumeurs blanches par les injections modificatrices intra-articulaires (*Congrès de Chirurgie*, 1896).

Sur le traitement non sanglant des ostéo arthrites tuberculeuses (*Congrès de la Tuberculose*, 1898).

Peut-on guérir les tumeurs blanches en conservant la mobilité des articulations ?

(*Presse médicale*, 27 septembre 1899).

VI. — Ankyloses.

Sur la mobilisation et le traitement des ankyloses (*Congrès de Chirurgie*, 1899).

VII. — Coxalgie.

Sur la résection de la hanche dans la coxalgie (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1891).

Le traitement des luxations spontanées du fémur survenues dans le cours de la coxalgie (*Congrès de Chirurgie*, 1892).

Ce que vaut la méthode de l'extension continue dans le traitement de la coxalgie (*Congrès de Chirurgie*, 1893).

Sur un cas de régénération presque intégrale de la moitié supérieure du fémur à la suite d'une résection de la hanche (*Bulletins de la Société de Chirurgie* et *Revue d'Orthopédie*, 1894).

Sur la correction des grands raccourcissements consécutifs à la coxalgie (*Revue d'Orthopédie*, 1895).

Le traitement de la coxalgie (Volume de 310 p., avec 41 *fig. Masson*, 1895).

La guérison de la coxalgie sans boiterie (*Congrès de Chirurgie*, 1896).

Le traitement des luxations pathologiques de la hanche (*Congrès de Chirurgie*, 1896).

La valeur de la résection de la hanche dans la coxalgie (*Presse médicale*, 24 janvier 1900).

VIII. — Mal de Pott.

Ce que vaut l'opération sanglante dans le traitement des paralysies du mal de Pott (avec Pierre) (*Revue d'Orthopédie*, 1895).

Sur les moyens de prévenir et de corriger les gibbosités avec présentation de quatre enfants guéris et de deux enfants encore en traitement (*Académie de Médecine*, 22 décembre 1896).

Sur le redressement des maux de Pott (*Archives provinciales de Chirurgie*).

Notes sur les modifications apportées à la technique du redressement du mal de Pott (*Masson* 1897).

Le traitement du mal de Pott suivi d'une étude sur les moyens de consolidation du rachis après le redressement (avec Ducroquet) (*Comptes rendus du Congrès de Moscou*, 1897).

Le traitement du mal de Pott (*Congrès de Chirurgie*, 1897).

Conférence sur le traitement du mal de Pott, à Londres, sur l'invitation de la Société des Chirurgiens anglais (*Bulletins de la Société clinique de Londres* 1897).

Conférence faite sur le même sujet à Gand, sur l'invitation de la Société de Chirurgie de Belgique (*Bulletins de la Société*, 1898).

Conférence sur le même sujet à Berlin, devant la Société des Chirurgiens allemands, sur l'invitation du président de la Société, le Professeur Bergmann (1898).

Le traitement du mal de Pott avec présentation de vingt-cinq enfants guéris (*Académie de Médecine*, 1er juin 1898).

IX. — Rachitisme.

Le traitement marin du rachitisme (1er *Congrès de Thalassothérapie*, 1894).

X. — Scoliose.

Sur la correction opératoire des scolioses graves (*Masson*, 1897).

Le traitement de la scoliose (*Congrès de Chirurgie*, 1897).

XI. — Luxation congénitale de la hanche.

Le traitement de la luxation congénitale de la hanche (*Congrès de Bordeaux*, 1895).

Traitement de la luxation congénitale de la hanche (*Congrès de Chirurgie*, 1895).

Présentation à l'Académie de deux enfants guéris après opération de luxation congénitale de la hanche (*Bulletins de l'Académie de Médecine*, 3 mars 1896).

Sur la possibilité d'arriver à la guérison de la luxation congénitale de la hanche (*Archives provinciales de Chirurgie*, 1896).

XII. — Pied bot.

Guérison du pied bot par les méthodes non sanglantes (*Congrès de Bordeaux*, 1895).

Le redressement non sanglant du pied bot (*Congrès de Chirurgie*, 1896).

XIII.

Le traitement chirurgical de l'hydrocéphalie (*Congrès de Chirurgie*, 1893).

XIV.

Les traitements employés dans les diverses maladies infantiles qu'on soigne à l'hôpital Rothschild de Berck (*Masson*, 1900).

XV.

Les maladies d'enfants au dispensaire (avec H. de Rothschild) (*Masson*, 1895).

XVI.

Les maladies des enfants à l'hôpital Rothschild de Chantilly-Gouvieux (avec Vincent) (*Masson*, 1897).

XVII.

Appareils orthopédiques.

Appareils en celluloïde (que l'auteur a fabriqués le premier en France). Fabrication par un procédé personnel ; technique détaillée de cette fabrication.

Présentation par M. Jalaguier à la Société de Chirurgie des premiers appareils en celluloïde (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, février-mars 1899).

LES MALADIES

QU'ON SOIGNE A BERCK

JE VOUDRAIS VOIR GRAVÉE AU FRONTISPICE
DES HOPITAUX D'ENFANTS
L'INSCRIPTION SUIVANTE :

« Aux tuberculoses fermées, la guérison sûre »

« Ouvrir les tuberculoses (ou les laisser s'ouvrir)
« C'est ouvrir une porte par laquelle la mort entrera trop souvent »

LES

MALADIES

QU'ON SOIGNE

A BERCK

ABCÈS FROIDS, ADÉNITES, OSTÉITES, TUMEURS BLANCHES
COXALGIE, MAL DE POTT, SCOLIOSE,
LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE, PIED BOT, ETC.

Par F. CALOT,

Chirurgien en chef de l'hôpital Rothschild, de l'hôpital Cazin-Perrochaud, de l'hôpital de l'Oise et des départements, des Etablissements Notre-Dame, de l'Asile maritime, du Dispensaire de Berck, etc.



PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, Boulevard Saint-Germain

1900

1*

INTRODUCTION.

Sommaire : La tuberculose externe guérit toujours avec un bon traitement général et le repos de l'organe malade.

Cela est vrai pour la tuberculose des organes profonds (os ou articulations) comme pour celle des tissus superficiels (glandes lymphatiques ou tissus mous).

Mais cela n'est vrai que tant qu'il s'agit d'un foyer tuberculeux fermé; dès qu'on ouvre ou qu'on laisse s'ouvrir le foyer bacillaire, la gravité de la maladie est centuplée parce que des infections secondaires viennent s'associer à l'infection bacillaire primitive et que cette association est cent fois plus difficile à guérir, l'expérience l'a démontré.

Les ostéites et tumeurs blanches suppurées, coxalgies et maux de Pott suppurés se terminaient autrefois par la mort — même à Berck, malgré les ressources du traitement marin, malgré l'antisepsie qu'on y pouvait faire.

Si à l'heure actuelle ces mêmes maladies guérissent toujours, c'est parce que, à Berck, autrefois on ouvrait le foyer tuberculeux et que maintenant on ne l'ouvre jamais. L'adage latin : *Ubi pus, ibi evacua*, est menteur ici. Autant il est salutaire d'ouvrir un abcès chaud, autant il est désastreux d'ouvrir un abcès froid — ce que presque tous les médecins font cependant tous les jours.

Cette faute, que presque tous commettent d'un cœur si léger, entraîne trop souvent la mort du malade lorsqu'il s'agit d'une tuberculose profonde —

mais la mort ne survient généralement qu'une ou plusieurs années après — ce qui explique que la relation de cause à effet, entre l'intervention et la terminaison fatale, échappe au médecin.

Cette relation est certaine néanmoins.

Si ce livre parvient à l'établir aux yeux de tous les médecins, il aura atteint son but et sauvé bien des vies humaines.

Ce qui nous étonne le plus, m'ont dit cent fois les religieuses infirmières (qui sont à Berck depuis qu'on envoie des malades sur cette plage), c'est que tous nos malades atteints de coxalgies suppurées mouraient autrefois — et que, à l'heure actuelle, et depuis quelques années déjà, nous n'en perdons plus un seul.

Elles citent la coxalgie parce que de toutes les maladies soignées à Berck, c'est la plus commune....

Mais cette remarque s'applique dans leur esprit à toutes les tuberculoses avec abcès, le mal de Pott, les ostéites ou les tumeurs blanches — et l'on peut, étendant leur formule, dire sans trahir leur pensée : nos tuberculoses suppurées ne guérissaient jamais autrefois, elles guérissent toutes aujourd'hui.

Voilà un fait indéniable, évident, qui frappe l'esprit, je ne dis pas de tout médecin (il n'est pas nécessaire d'être médecin pour cela), mais de toute personne simplement capable de réfléchir, vivant à Berck autrefois et aujourd'hui.

A nous d'en rechercher la raison.

Cette révolution qui s'est produite à Berck ne date que de quelques années — les conditions de la vie étaient cependant les mêmes il y a 10 ans qu'aujourd'hui, soit dans les hôpitaux, soit au dehors.

Les tuberculoses suppurées n'étaient pas d'essence plus maligne alors qu'aujourd'hui !

Le chirurgien de cette époque n'était certes pas moins habile que les médecins actuels de Berck.

Mais, direz-vous, il n'avait peut-être pas l'antisepsie qui a révolutionné de fond en comble la chirurgie.

Pardon, il avait l'antisepsie en même temps que son habileté opératoire bien connue — et fort de l'une et de l'autre, il allait (suivant les préceptes de la chirurgie moderne qui s'attaque à la tuberculose « comme à la pustule maligne et au cancer »), il allait bravement ouvrir cette coxalgie suppurée pour débarrasser l'organisme de tous les tissus malades ou même simplement suspects ; il ouvrait le ventre pour s'en aller cureter les abcès par congestion du mal de Pott ; il ouvrait les jointures et les foyers osseux pour en extirper toute molécule souillée par le bacille.... il faisait pour chaque malade la chirurgie la plus active, la plus habile, la plus propre à

débarrasser vigoureusement et promptement l'organisme de ce foyer tuberculeux qui menaçait de le dévorer.

Et cependant, les enfants atteints de coxalgies suppurées, ou d'autres tuberculoses avec abcès, en dépit de ce traitement héroïque, mouraient, ou plutôt finissaient par mourir ; car ils succombaient généralement 1, 2, 3 ans après l'opération.

A l'heure actuelle, ces mêmes coxalgies suppurées guérissent toujours ; c'est un fait que tout le monde peut constater.

Pourquoi ?

Est-ce parce que nous les opérons mieux, plus vite, ou plus antiseptiquement ? Pas du tout. C'est *tout simplement parce que nous ne les opérons jamais !*

Ne pas les opérer, c'est ne pas ouvrir le foyer tuberculeux, ne pas ouvrir la porte de ce foyer aux micro-organismes du dehors.

Or, nous avons reconnu que si les tuberculoses externes guérissent toujours en bon air, à Berck par exemple, pourvu que leur foyer reste fermé.... ou si l'on veut, pourvu que le bacille reste isolé ; au contraire, lorsque ce foyer a été ouvert, lorsque, par cette porte, les micro-organismes du dehors ont pu venir, un peu plus tôt, un peu plus tard, s'associer au bacille, les tuberculoses ne guérissaient plus.

C'est que dès le jour où cette association de microbes avec le bacille s'est produite, la gravité de la maladie a, du fait de cette association même, non pas doublé, mais centuplé peut être — et que tous les efforts, toute l'habileté des chirurgiens ne pourront jamais, à partir de ce jour, compenser l'infériorité trop grande dans laquelle ils ont mis eux-mêmes leur malade....

Ainsi donc une coxalgie ou un mal de Pott fermés guérissent toujours, une coxalgie ou un mal de Pott ouverts ne guérissent jamais. Tel est en deux lignes le résumé de ce livre, le résumé de notre expérience de dix ans et la signification de nos résultats.

Et si, autrefois, à Berck, les tuberculoses sans abcès guérissaient, et les autres pas, ce n'est point à cause de la différence de gravité bien minime, si elle existe,— nous le démontrerons dans le chapitre III, — entre les unes et les autres, mais c'est bien parce qu'on n'opérait pas les premières et que l'on opérait les autres, c'est-à-dire qu'on ouvrait le foyer tuberculeux dans ces dernières.

On n'opérait pas les premières parce que l'on n'avait pas la tentation d'y toucher, tandis que les deuxièmes, qui arrivaient avec des abcès souvent très volumineux, paraissaient être faites pour le bistouri du chirurgien....

celui-ci mis en présence d'un abcès — qu'il soit froid ou chaud — ne se croyant pas avoir le droit de ne pas ouvrir... puisqu'un vieux proverbe l'a dit (et l'a même dit en latin) : *Ubi pus, ibi evacua...*

Or c'est cette croyance qui est absolument fausse et désastreuse, c'est cet adage qui est menteur ici !...

L'abcès froid n'est pas un abcès comme un autre, c'est un tuberculôme qui, solide la veille, est devenu liquide le lendemain.

Si l'ouverture d'un abcès chaud est chose excellente, puisqu'elle donne issue aux microbes qui l'ont produit, l'ouverture d'un abcès froid est désastreuse, parce qu'elle donne entrée au contraire à des microbes, qui, venant du dehors se mêler au bacille tuberculeux (jamais complètement éliminé malgré cette ouverture) de la paroi de l'abcès froid, vont centupler la virulence de ce bacille.

Pour un abcès chaud, l'ouverture laisse donc s'écouler le poison au dehors. Pour un abcès froid elle l'introduit dans l'organisme.

Inconsciemment, le jour où le chirurgien a réséqué une coxalgie suppurée, c'est-à-dire a ouvert le foyer, il a inoculé à son malade ou laissé s'inoculer spontanément, ce qui est tout un, le poison qui fera son travail petit à petit, mettra un an, deux ans peut-être à tuer le malade, mais finira par le tuer sûrement.

Le médecin qui n'ouvrira jamais les foyers tuberculeux et qui mettra tous ses soins à les empêcher de s'ouvrir, lorsque l'ouverture spontanée est menaçante (nous étudierons par quels moyens on y réussit), ce médecin guérira toutes ses tuberculoses.

Le médecin qui les ouvrira ou les laissera s'ouvrir, verra succomber ses malades, un peu plus tôt, un peu plus tard, dans quelques mois ou dans quelques années.

Ce coxalgique ou ce pottique qui, la veille, avait toutes les chances de guérir, a, dès l'ouverture, toutes les chances contre lui ; ni le chirurgien, ni l'antisepsie n'y feront rien. Si l'antisepsie est rigoureuse, il y aura peut-être quelques malades (*rarissimi nantes*) qui pourront échapper à la mort ou plutôt qui survivront *un peu plus longtemps*, mais c'est tout.

Cela paraît bien simple et il n'y aura, semble-t-il, pas la moindre difficulté a faire accepter des vérités aussi absolues...

Illusion !... si quelques chirurgiens d'enfants qui sont édifiés sur ce point, comme moi, par une très vaste pratique, partagent l'opinion que j'émets ici, s'il y en a quelques-uns qui iront même peut-être jusqu'à me dire que j'enfonce une porte ouverte, combien sont-ils à côté de ceux qui pensent autrement

ou qui se conduisent tout au moins comme s'ils pensaient autrement !...

J'ai dit que c'était une faute grave, souvent irréparable d'ouvrir un abcès froid.

Sur les 14 mille médecins de France, en est-il 20, 1 ou 2 par mille, qui mis demain en présence d'un abcès froid, ne vont pas l'ouvrir immédiatement ou le laisser s'ouvrir ?...

J'ai dit que réséquer une coxalgie suppurée ou cureter un abcès froid de mal de Pott, c'est tuer son malade 99 fois sur cent (un peu plus tôt un peu plus tard).

Sur les 500 chirurgiens qui sont en France y en a-t-il 10 (2 pour cent), qui le savent, ou tout au moins qui se conduisent comme s'ils le savaient ?

Non, certainement !... (1)

Tous les jours, nous recevons à Berck des tuberculoses externes ouvertes, non d'elles-mêmes, spontanément, ce qu'on pourrait concevoir chez des parents négligents, mais ouvertes par le médecin ou le chirurgien qui a cru bien faire !...

Comment s'en étonner autrement lorsqu'un grand chirurgien d'enfants de Paris, c'est-à-dire un des hommes qui sont chargés d'ap-

(1) Et je puis ajouter que s'il n'existe pas 10 chirurgiens en France qui n'ouvrent pas les foyers tuberculeux suppurés, on les trouverait encore bien moins en Allemagne ou en Angleterre.

prendre la chirurgie infantile aux jeunes générations, disait tout récemment devant une société savante : Dans les coxalgies, dès qu'un abcès froid apparaît, tout le monde est d'accord pour l'ouvrir et le cureter ?... Vous lisez bien : tout le monde serait d'accord avec lui pour suivre une pratique que nous avons reconnue être absolument fatale !...

En veut-on encore une preuve ? j'ai 3 internes qui se renouvellent chaque année. Ils viennent de la Faculté de Paris ou des Facultés de province. Je n'en ai pas encore eu un qui, à son arrivée, mis en présence d'un abcès de coxalgie ou de mal de Pott, ne m'ait dit : Vous allez l'ouvrir pour cureter et extirper la paroi, n'est-ce pas ?

Puisque les jeunes médecins ne le savent pas, comment les vieux le sauraient-ils, ceux de la génération de Cazin !...

J'ai été comme eux pendant des années ; j'ai ouvert les tuberculoses avec abcès, j'ai réséqué toutes les coxalgies suppurées, et aujourd'hui je vois que j'ai soutenu des théories désastreuses ! Je ne résèque plus les coxalgies, je n'ouvre plus jamais les tuberculoses suppurées.

Mais cela me permet d'expliquer sans peine cet aveuglement des médecins qui persistent encore à ouvrir et à cureter les foyers suppurés de la tuberculose.

1° Ils ne se doutent pas qu'on peut guérir ces coxalgies avec abcès sans les opérer — parce qu'ils les ont toujours opérées — (en vertu de l'adage latin, menteur ici).

2° Ils ne se douteront jamais que leur intervention a été désastreuse (en permettant aux microbes du dehors de s'introduire tôt ou tard dans cette plaie) parce que leurs malades ne meurent pas tout de suite; parce que la mort n'est amenée par ces microbes que 1, 2, 3 ans, 5 ans après l'ouverture du foyer tuberculeux.... trop tardivement par conséquent pour que le médecin songe à établir une relation de cause à effet entre son intervention et la mort du malade, qui généralement a passé une ou plusieurs fois depuis l'opération en d'autres mains médicales.

Lorsque le chirurgien ouvre le ventre pour enlever un kyste de l'ovaire, si la malade meurt, c'est dans les huit jours, et le chirurgien sait très bien qu'il est l'agent involontaire de cette mort par une faute d'antisepsie....

C'est clair, c'est net, il ne le nie pas.

Mais lorsque le chirurgien a réséqué une coxalgie suppurée, le malade ne meurt pas immédiatement. Une suppuration s'établit et l'opération paraît même tout d'abord avoir réussi.... Cependant le malade ne se rétablit

pas aussi rapidement qu'on l'espérait ; après six mois il a plutôt baissé ; après un an, la suppuration continuant toujours, il a de la néphrite ou de la fièvre ; un peu plus tard surviennent les dégénérescences viscérales, irrémédiables, et le malade qui n'a plus qu'une fistulette insignifiante à la hanche est finalement emporté par les progrès de la cachexie et de la généralisation de la tuberculose. 3, 4, 5 ans après l'opération.

Comment veut-on qu'en pareil cas, le chirurgien qui a réséqué le malade fasse son *mea culpa* et se dise : Cette mort, qui survient à la 5e année, de dégénérescences du foie ou des reins, lorsque le malade a passé en d'autres mains depuis longtemps, — cette mort m'est imputable !....

Sa responsabilité est si peu établie, si peu nette, si on la compare à celle de l'ovariotomiste ! Il faut vivre à Berck pour voir cette relation et encore Cazin y a-t-il vécu dix ans et est-il mort sans la voir !

Et puis, comment veut-on qu'un chirurgien renonce à opérer et que la chirurgie opératoire recule ici (acceptant que reculer c'est vaincre !) lorsque partout ailleurs ses audaces, sa marche invariable en avant l'ont toujours conduite à la victoire contre des maladies réputées autrefois incurables !

Comment veut-on qu'un chirurgien placé en présence d'une coxalgie suppurée se résigne à dire : « Il n'y a rien à faire qu'à empêcher l'ouverture du foyer tuberculeux !... »

Mais il est de très bonne foi lorsqu'il s'écrie qu'avec les ressources de l'antisepsie, un chirurgien sachant opérer ira guérir du coup cette coxalgie suppurée que vous, médecin qui n'opérez pas, mettrez 1, 2 ans à guérir.

De très bonne foi, il vous appellera même retardataire.... il aura des sourires de mépris pour ce praticien qui ne sait que temporiser, tandis que le vrai chirurgien va bravement détruire l'ennemi.

Il ne pourra jamais comprendre qu'il soit ici impuissant à enlever d'un coup tout le mal lorsqu'il y réussit pour toutes les autres maladies ; et de cette impuissance, il ne voudra convenir jamais, non seulement pas publiquement, mais même dans son for intérieur.

Quelle déchéance, quelle humiliation ce serait à ses yeux que de mettre un an, deux ans, trois ans pour guérir ici, lorsque partout ailleurs, il sait guérir en une demi-heure et sort de la séance opératoire couvert de gloire.

Beaucoup vous diront : Ce que vous nous proposez là, ce n'est plus œuvre chirurgicale, c'est tout au plus bon pour un infirmier !

J'accepte ces reproches théoriques. J'aime mieux être le chirurgien qui conserve que le chirurgien qui enlève ; car je sais que celui qui a juré d'enlever d'un coup tout le mal, n'arrivera qu'à ce résultat : non pas d'enlever le mal, mais tout simplement d'enlever le malade !...

Et puisque je suis sur ce chapitre, je dirai une fois pour toutes que les audaces de la chirurgie moderne ont fait ici le plus grand mal ; et de tous les opérateurs, le plus brillant, le plus audacieux, le plus hardi sera ici le plus nuisible !...

Est-ce qu'il ne reste donc pas une place assez honorable, une place assez belle et assez glorieuse pour le chirurgien qui, mis en présence d'une coxalgie suppurée, saura la guérir sans l'opérer !...

Mais je vais même plus loin, pour rabaisser l'orgueil de ceux qui m'ont dit parfois, non sans quelque mépris : « Un chirurgien exercé et habile ne reculera jamais devant une résection de la hanche ». A ceux-là je rappellerai que, des résections de la hanche, j'en ai fait 80 et que, si je n'en fais plus, c'est parce que cette opération ne guérit pas, et non certes parce que sa difficulté m'effraie ; car j'estime, dirai-je à ceux-là, *qu'il faut infiniment plus d'habileté et de savoir pour guérir cette coxal-*

gie sans opération, comme je le fais aujourd'hui, que pour la réséquer largement comme je faisais autrefois.

Mais le rôle du chirurgien ne se borne pas, nous le verrons, à éviter l'ouverture du foyer tuberculeux, tâche déjà très délicate. Il saura sans ouvrir ce foyer, agir sur lui; nous dirons comment on peut, par des injections de liquides modificateurs faites dans ces os ou ces jointures malades à l'aide d'aiguilles capillaires, agir merveilleusement sur ces foyers et les guérir.

Mais, en outre du nombre très grand des traitements que le chirurgien peut faire sans ouvrir le foyer pour le guérir, il lui reste toute une série d'opérations orthopédiques, très délicates, très difficiles, indispensables cependant pour assurer aux malades qui lui sont confiés des guérisons véritables; car, non seulement il saura à l'avenir conserver la vie à ses malades les plus atteints, mais il faut qu'il sache les guérir dans de bonnes conditions, sans infirmité; parce qu'il n'est plus permis au chirurgien attentif et habile de guérir un coxalgique avec une jambe déviée ou un mal de Pott avec une bosse, pourvu toutefois que le pottique ou le coxalgique ne lui soient pas venus à une période par trop avancée, avec des tares irrémédiables....

Il cherchera toujours à guérir et y réussira souvent : les coxalgies sans boiterie ;

les tumeurs blanches sans ankylose ;

les maux de Pott sans gibbosité ;

les adénites sans cicatrices au cou ; et son rôle sera ainsi assez beau, ce me semble, et même assez difficile. Car les opérations que nécessitent ces corrections orthopédiques (toujours sans ouverture du foyer pour observer le *primo non nocere*) sont délicates et difficiles, on le devine.

Et plus les années marcheront, plus le progrès sera grand et plus aussi s'élèvera la proportion de ces guérisons intégrales !

Mais je ne veux pas insister actuellement sur ce point du rôle orthopédique du chirurgien que j'ai fait simplement entrevoir ; sa première fonction c'est de guérir, c'est de cela seulement que je veux parler ici ; c'est pour cette raison que je tiens à répéter à dessein et à satiété : « *Les tuberculoses externes guérissent toujours à Berck pourvu qu'on ne les ouvre pas et qu'on ne les laisse pas s'ouvrir.* » Les ouvrir, c'est les aggraver d'une façon souvent irrémédiable.

Que le médecin mis en présence :

d'un abcès froid,

d'une tumeur blanche,

d'un mal de Pott,

d'une coxalgie,
d'une ostéite,
sache bien à l'avenir qu'ouvrir le foyer tuberculeux est la pratique la plus funeste et qui trop souvent conduira son malade à la mort.

Que la mort sera donc la conséquence (plus ou moins éloignée) de cette intervention qu'il aura faite d'un cœur si léger !...

Je dirai donc au médecin qui ne sait pas traiter ses tuberculoses sans les ouvrir : N'y touchez pas, n'y touchez jamais !.... Vous verrez ainsi guérir infiniment plus de malades que le chirurgien qui les opère toujours !

Mais si, ne les ouvrant jamais, le chirurgien sait au contraire faire ce qu'il faut pour empêcher l'ouverture, alors ce sera parfait!..

Il guérira ses tuberculoses, peut-être pas aussi constamment qu'à Berck, à cause des conditions climatériques tout autres, mais il en guérira infiniment plus que le chirurgien de la plage la plus salubre qui voudrait les ouvrir à tous coups.

Si j'arrivais à inculquer ces idées à tous les médecins de France — et cependant ce sont là des choses évidentes pour nous à Berck à l'heure actuelle — je serais sûr d'avoir sauvé chaque année plusieurs milliers d'existences humaines qu'on laisse se perdre !....

Si mon petit livre servait à cela, je me croirais trop récompensé du travail qu'il m'a coûté.

CHAPITRE PREMIER

Valeur prophylactique du séjour à Berck.

Sommaire : Mieux vaut prévenir que guérir, j'ajouterai que c'est aussi plus facile.

Tous les petits candidats à la tuberculose seraient préservés par un long séjour à Berck.

Nous n'avons jamais vu éclater une manifestation tuberculeuse chez ces milliers d'enfants pourtant menacés et qui n'étaient envoyés à Berck que parce qu'ils étaient menacés.....

Le séjour devrait être prolongé pour assurer réellement l'avenir.

Pourquoi le danger de contagion est nul à Berck, malgré le très grand nombre d'enfants lymphatiques qui s'y trouvent réunis.

Quelque confiance que nous ayons dans la chirurgie qui sait infiniment mieux guérir qu'autrefois, nous devons bien le dire, elle n'est pas encore et ne sera jamais infaillible.

Quelles que soient nos ressources actuelles pour arrêter ou même réparer les désordres qu'amènent la coxalgie ou le mal de Pott, le plus sûr encore est de s'en préserver.

Or, jusqu'à ce que le vaccin antiphymique ait été trouvé, le séjour au bord de la mer est le meilleur préservatif de la tuberculose.

Si l'on songe que sa valeur prophylactique est également puissante contre la tuberculose pulmonaire qui nous trouve à peu près désarmés, l'on comprend que les hygiénistes modernes prêchent la croisade de l'émigration des grandes villes vers la campagne et surtout vers la mer.

Mais, tout en applaudissant à leurs efforts, je suis loin de partager leurs illusions, je l'avoue, dans le succès de leur croisade.

La révolution qui amènera cet exode des grandes villes malsaines et trop peuplées vers les bords de la mer n'est pas près de s'accomplir.

Les conditions de l'existence dans la société moderne ont fait de ce séjour des grandes villes une nécessité. C'est là que l'ouvrier trouve plus aisément le travail rémunérateur qui le fera vivre lui et les siens. — C'est là que le riche est rivé par ses affaires et par les obligations que lui crée l'instruction de ses enfants — puisque, par une erreur fâcheuse, mais à peu près irréparable, c'est là qu'on a entassé les écoles et les pensions.

Demander actuellement l'évacuation des grandes villes, c'est prêcher dans le désert.

Ne vaudrait-il pas mieux limiter son effort et s'adresser aux seuls enfants manifestement menacés?

Je m'explique : il est des enfants marqués pour être la proie de la tuberculose.

Les uns marqués par l'hérédité soit directe : les enfants de tuberculeux; soit indirecte : les enfants d'alcooliques ou de syphilitiques, de dégénérés et de surmenés.

D'autres marqués par l'élevage artificiel ou par l'influence d'une mauvaise nourrice, ce qui leur a laissé un tube digestif malade et une nutrition défectueuse.

D'autres, marqués par la misère physiologique et la mauvaise alimentation : les enfants d'ouvriers à nourriture insuffisante ou mauvaise ; d'autres encore marqués parce qu'ils vivent près de tuberculeux avérés ; ceux-ci, on le sait, dans la maison où ils habitent, contaminent perpétuellement l'air que ces enfants respirent.

D'autres, marqués par une maladie infectieuse qui a diminué leur résistance : une rougeole, une coqueluche, une influenza, une diphtérie..., d'autres enfin marqués par les manifestations du lymphatisme (otite, grosse lèvre, gourme, blepharo-conjonctivite, kératite).

Tous ces enfants, qui sont littéralement guettés par le bacille dont ils vont devenir la proie, devraient être enlevés au milieu malsain des grandes villes et dirigés vers la mer où l'air est pur au lieu d'être infecté comme dans les villes, où l'appétit devient meilleur, où les forces de l'or-

ganisme s'accroissent, où par conséquent la résistance de l'individu grandit tandis que l'ennemi disparaît ou à peu près.

Et il ne s'agit pas là de vues purement théoriques, mais de faits bien constatés.

J'ai vu depuis 10 ans des milliers d'enfants ainsi menacés, des candidats à la tuberculose, envoyés pour se retremper sur cette plage — soit dans les installations particulières (les riches), soit dans les hôpitaux ou sanatoria — les pauvres, les ouvriers.

Parmi tous ces enfants, j'ai beau fouiller dans mes souvenirs, je n'en retrouve pas un seul qui ait été frappé par une manifestation quelconque de la tuberculose, et Cazin, pendant les 15 années qu'il avait passées à Berck, avait déjà fait une constatation analogue. Les faits sont trop nombreux pour que personne s'avise aujourd'hui de les nier.

La valeur prophylactique de l'air marin pour préserver tous ces enfants débilités, n'est plus à démontrer.

Mais je veux ici dégager de ce fait une autre indication, c'est que le danger de contagion pour ces enfants encore indemnes est nul à Berck, malgré la présence d'enfants déjà malades.

Cela se conçoit aisément pour qui veut bien réfléchir à ce fait, que l'on ne reçoit ici que les personnes atteintes de tuberculoses externes dont

beaucoup sont fermées, c'est-à-dire nullement contagieuses et dont celles qui sont ouvertes, d'ailleurs très peu contagieuses, sont cachées par des pansements imperméables et antiseptiques, rigoureusement détruits après avoir servi.

Il n'y a donc pas ici de danger de contagion comme cela existe dans les plages méditerranéennes, par exemple, où les tuberculeux pulmonaires infectent l'atmosphère par leurs crachats...

En Italie, l'on a si bien compris cette action préservatrice de l'air marin qu'on a construit tout le long du littoral peut-être 10 fois plus de sanatoria qu'en France.

Les enfants passent quelques mois à la mer tous les ans ; ainsi font, j'en conviens, bon nombre de familles françaises.

Mais il faut savoir que les 2 mois de vacances passés à la mer ne suffisent généralement pas pour les enfants très débiles ou particulièrement menacés ; ces 2 mois, chez des enfants souvent tarés par leur hérédité morbide, ne peuvent pas annihiler la fâcheuse influence des 10 autres mois passés dans le milieu malsain des grandes villes.

Il s'agit souvent de modifier toute une hérédité, de refaire du tout au tout quelquefois un tempérament. On comprendra alors que ce n'est pas 2 mois, mais 1, 2, 3 ans qu'il faudrait retenir ces enfants à la mer.

J'en pourrais citer ainsi un certain nombre qui,

après une année, conservaient encore une apparence très débile, et ce n'est qu'après 2, 3, 4 ans vécus au bord de la mer, que ces enfants misérables s'étaient transformés en gros enfants vigoureux réellement méconnaissables.

CHAPITRE II.

Traitement général des Enfants déjà malades.

Sommaire : Le traitement général, sans constituer la seule thérapeutique des tuberculoses externes, comme le voulaient nos pères, présente une importance capitale.

Le traitement général suffit parfois ici comme dans la tuberculose interne, à amener la disparition du foyer bacillaire, mais associé à un bon traitement local, il assure la guérison dans tous les cas de tuberculose externe.

Il peut être concilié avec le traitement local le plus sévère, même avec le repos au lit et l'immobilisation absolue, quoi qu'en aient dit les Américains et les Allemands. Cela est vrai tout au moins pour les enfants de Berck tenus dans la position couchée, qui sont voiturés toute la journée à la plage.

Le traitement général des tuberculoses externes comprend :

1° L'emploi de quelques médicaments : huile de foie de morue, etc. ;

2° Une alimentation saine, abondante ;

3° L'observance d'une bonne hygiène ;

4° Le choix d'un climat et d'une localité.

Valeur du séjour de Berck pour les tuberculoses externes.

Tout le monde s'accorde à reconnaître l'importance capitale du traitement général dans la thérapeutique de la tuberculose externe.

La guérison de la tuberculose interne, qui est bien loin d'être une rareté, reconnaît-elle une autre cause que l'amélioration de l'état général du malade? Si la tuberculose externe guérit parfois dans nos campagnes sans le secours du chirurgien et de l'orthopédiste, où se trouve l'explication de cette guérison, sinon dans l'excellence de l'état général? Elle guérit d'une façon relativement fréquente entre les mains des chirurgiens américains ou allemands, qui font à leurs petits malades un minimum de traitement local, si je puis ainsi dire; la raison s'en trouve encore dans leur préoccupation constante de l'hygiène, de la conservation de la santé générale de leur malade. L'enfant atteint d'une tuberculose externe guérira sans doute presque fatalement dans ce cas avec une déviation ou même une véritable infirmité, mais il guérira.

Si le traitement général peut revendiquer pour lui seul le mérite de certaines cures, si un traitement local bien dirigé, même dans les plus fâcheuses conditions d'hygiène et de milieu, comme par exemple dans les hôpitaux d'enfants de Paris, peut en revendiquer un plus grand nombre encore, n'avons-nous pas le droit d'espérer qu'en additionnant ces deux forces utiles, nous les aurons en réalité multipliées et nous sauverons presque tous, sinon tous nos enfants atteints de tuberculoses externes.

Et cela, nous le pouvons; disons-le dès main-

tenant pour répondre aux chirurgiens américains et allemands, nous pouvons concilier les intérêts de la santé générale avec les obligations d'un traitement local très sévère.

Pour l'enfant du riche, la chose est évidente : il pourra, tout en gardant l'immobilité, vivre dans le même milieu, respirer le même air que s'il avait le libre usage de ses jambes. Mais pour les pauvres petits de nos hôpitaux parisiens, condamnés à la réclusion dans les salles mal aérées et malsaines, cela n'est plus vrai, hélas! et aux tuberculeux pauvres il faudrait des hôpitaux à la campagne ou plutôt au bord de la mer, avec une organisation qui permît de les placer pendant la plus grande partie de la journée en plein air, ou mieux encore sur la plage même.

Après ce que nous avons dit de la prophylaxie de la tuberculose externe, on devine quelles seront les grandes lignes du traitement général. Il est aisé de concevoir, en premier lieu, qu'en faisant respirer à cet enfant un air d'une pureté parfaite, on évite l'entrée de nouveaux germes dans cet organisme où déjà quelques bacilles ont pris position.

Ne va-t-on pas en second lieu, par une bonne et abondante alimentation, par l'usage de certains médicaments, par une bonne hygiène, et le choix d'un bon climat multiplier les forces de résistance de l'enfant et lui permettre de triompher de l'ennemi ?

Dans de pareilles conditions, le foyer tuberculeux, au lieu de progresser, va s'éteindre aussi naturellement qu'il va s'étendre dans des conditions inverses.

Le traitement général comprendra donc :

1° L'emploi des médicaments capables d'atténuer la virulence de la tuberculose ou d'augmenter la vigueur de l'organisme ;

2° Le choix des aliments et la surveillance des fonctions digestives du petit malade ;

3° L'observance d'une bonne hygiène ;

4° Le choix d'un bon climat.

1° L'EMPLOI DES MÉDICAMENTS.

La liste serait longue des médications internes dites héroïques qu'on a proposées contre les diverses manifestations tuberculeuses.

Mais ces médications si pompeusement annoncées ne défilent guère devant nous, suivant l'expression de Verneuil, que pour sombrer après quelques mois seulement d'une renommée surfaite.

Si leur valeur n'est pas spécifique, leurs avantages sont-ils du moins incontestables ? Hélas ! pour presque toutes, il n'est d'incontestable que leurs inconvénients. Ces médicaments diminuent ou troublent l'appétit déjà médiocre ou capricieux de ces enfants couchés, ils fatiguent l'estomac, peuvent même provoquer des embarras gastri-

ques. Et, malgré ces inconvénients constatés dans les cas particuliers, bon nombre de médecins continuent à les prescrire, et cela, nous le répétons, pour des avantages problématiques.

Pour nous, soucieux par dessus tout d'assurer l'intégrité et le bon fonctionnement des voies digestives, nous les avons tous supprimés à l'exception de deux ou trois : l'huile de foie de morue pendant l'hiver, la liqueur de Fowler ou la teinture d'iode à la dose de quelques gouttes pour la saison d'été.

De tous les médicaments connus à l'heure actuelle, l'huile de foie de morue est le seul qui puisse rendre ici des services certains. Qu'on la donne donc à la dose maxima que l'enfant peut supporter; c'est-à-dire qu'on force la dose jusqu'à ce que survienne un peu de dévoiement. Alors on diminue légèrement la quantité jusqu'à ce que les troubles digestifs disparaissent, et l'on s'en tiendra pour l'avenir à la dose tolérable, ainsi déterminée.

Pour certains enfants, la tolérance est plus grande lorsqu'on donne l'huile de foie de morue en bloc, pour d'autres, lorsqu'on la donne par doses fractionnées ou suivant qu'on la fait prendre avant ou pendant les repas. Pour les enfants qui s'endorment très vite, il est préférable, suivant le conseil de Grancher, de la donner quelques minutes avant l'heure habituelle du sommeil.

Ceci est affaire de tâtonnements et les mères intelligentes et attentives découvrent généralement bien avant le médecin le mode qui convient le mieux pour leur enfant.

Mais si l'huile de foie de morue diminue l'appétit ou amène des vomissements, qu'on ne s'entête pas à la faire prendre quand même, qu'on la supprime tout au moins pour quelque temps. J'estime que ses inconvénients sont dans ce cas supérieurs à ses avantages. J'aime mieux que l'enfant se prive d'huile et boive un demi litre de lait de plus. Il m'est arrivé parfois de remplacer, suivant la coutume anglaise, l'huile de foie de morue non tolérée par des tartines beurrées, et cela avec le plus grand profit.

J'ai renoncé depuis longtemps à la créosote et à l'iodoforme à l'intérieur qui provoquaient des troubles digestifs chez mes petits malades.

Mais pendant l'été, à la place de l'huile de foie de morue mal supportée en cette saison, on peut donner avec avantage quelques gouttes de liqueur de Fowler ou de teinture d'iode, ou encore, pour stimuler l'appétit, quelques gouttes de teinture de Baumé,

2° LE CHOIX DES ALIMENTS

La question de l'alimentation dans la tuberculose externe est autrement importante.

C'est dans les aliments tout autant que dans une atmosphère pure, que l'enfant doit puiser ses moyens de défense contre l'ennemi.

Je me bornerai ici à quelques indications. *Il faut entretenir ou stimuler l'appétit* par tous les moyens compatibles avec l'intégrité des voies digestives. Nous verrons l'influence heureuse d'une bonne hygiène, des sorties au grand air, du séjour dans un climat excitant comme celui de Berck, en même temps que l'influence de la variété des aliments pour atteindre ce résultat.

Il faut assurer aux enfants une bonne et saine alimentation.

Ce conseil n'est pas superflu. Combien n'est-il pas encore de ces enfants à qui l'on donne sans remords de la viande crue bien que de provenance suspecte ou du lait insuffisamment stérilisé ? Ces aliments, loin d'augmenter la résistance de l'enfant, iront renforcer le nombre de ses ennemis en introduisant dans la place de nouveaux germes tuberculeux.

On conseille un peu partout à ces enfants des aliments riches en azote, des viandes fumées, des matières grasses en grande quantité, etc. Combien ces conseils, que les auteurs de traités empruntent fidèlement à ceux qui ont déjà écrit sur la matière, paraissent théoriques à qui sait les difficultés qu'on a fréquemment à faire accepter pour les estomacs capricieux des petits malades, les

aliments les plus simples! Pour beaucoup, le plus petit écart de régime conduit à des vomissements ou à une inflammation d'entrailles, accidents qui demandent plusieurs jours avant d'être réparés, Il faut donc étudier pour chaque enfant la manière dont son tube digestif supporte tel aliment ou telle boisson. Les mères intelligentes en savent généralement très long sur ce sujet, et beaucoup peuvent donner au lieu d'avoir à demander, au médecin, des indications.

J'ai rencontré beaucoup de ces enfants dont l'intolérance était absolue pour tous ces aliments si fort recommandés dans nos traités; et pour remédier à leur dénutrition rapide, j'ai dû les soumettre à un régime exclusivement lacté pendant des semaines et même des mois. On y ajoutait en outre des œufs pris en plus ou moins grand nombre, et sous des formes très variables.

Et tel enfant qui dépérissait d'une façon désolante a été, par ce régime du lait et des œufs, continué pendant plus d'une année, porté à une vigueur et à un embonpoint presque invraisemblables. Chez tous ces enfants à estomac difficile ou capricieux, la base de l'alimentation restera le lait et les œufs, aliments très faciles a digérer, très nourrissants, et qu'on peut donner à l'état de pureté parfaite. Deux litres de lait et cinq ou six œufs pris à l'exclusion de tout autre aliment, représentent plus que la ration d'entretien normale

des 24 heures, et constituent une véritable suralimentation. Aussi voit-on les enfants engraisser sous l'influence de ce régime. Dès que l'état du tube digestif le permettra, on remplacera en partie le lait et les œufs par des viandes légères, ou du poisson, des légumes et des fruits cuits, et le lait pris en boisson pourra être remplacé par de la bière ou de l'eau rougie.

On voit que je tiens à ce que *l'alimentation soit abondante*, je voudrais que les petits malades fussent véritablement « gavés », bien entendu dans la mesure compatible avec l'intégrité des voies digestives.

Jusqu'alors, la suralimentation reste l'un des meilleurs moyens, sinon le meilleur, de lutter victorieusement contre la tuberculose. La suralimentation conduit à l'augmentation de poids, et l'on peut affirmer en toute vérité que l'augmentation de poids équivaut à l'augmentation de résistance à l'ennemi.

Le meilleur critérium des progrès réalisés au point de vue général par un tuberculeux, me paraît être encore la balance et j'y ai recours aussi souvent que possible. Les progrès de l'enfant ainsi traduits par des chiffres, frappent davantage que toutes les appréciations générales l'esprit des mères et les stimulent mieux que les plus belles paroles à faire absorber la plus grande quantité possible de nourriture à leurs enfants.

A côté de l'alimentation, je veux placer la question de la régularisation des fonctions intestinales.

Ces enfants, dont beaucoup sont condamnés à garder pendant de longs mois ou même des années, la position couchée, sont assez fréquemment constipés. Nous verrons qu'une bonne hygiène et un bon climat, arrivent souvent à régulariser d'une manière inespérée le fonctionnement d'un intestin jusqu'alors capricieux et lent. On peut obtenir parfois ce même résultat par de petits massages du ventre; mais ces massages sont, dans certains cas, rendus impossibles par l'appareil inamovible qui recouvre la région abdominale.

Il faut, en règle générale, être sobre de médicaments et chercher le mode d'alimentation qui paraît stimuler le mieux le bon fonctionnement de l'intestin.

Cependant, lorsque ni le climat ni l'hygiène, ni le choix des aliments ne régularisent ces fonctions, on peut recourir avec profit au calomel, au podophyllin, à la manne, donnés en petite quantité.

L'huile de foie de morue peut agir encore très favorablement à ce point de vue.

On remplacera très souvent l'usage des médicaments par celui de petits lavements qui sont bien le moyen le plus simple et le plus efficace.

En recourant ainsi à toutes les ressources de l'hygiène, ou à l'emploi passager de ces médi-

caments anodins, nous sommes toujours arrivés à vaincre cette constipation des enfants couchés sans avoir jamais eu d'ennuis sérieux.

3° De l'observance d'une bonne hygiène.

Il est banal de dire qu'il faut faire dans le traitement général la plus large part à l'hygiène.

Nous avons déjà parlé de l'alimentation et nous aborderons plus loin la question du meilleur climat.

Quel que soit ce climat, l'enfant qui porte une manifestation de tuberculose externe devra être placé dans un quartier pas malsain, ni humide et dans une habitation assez vaste, bien aérée et ensoleillée.

Il sera égayé et distrait par son entourage, surtout lorsqu'il n'y a pas d'autres enfants dans la maison.

A l'hôpital, les petits malades causent sans trève, jouent entre eux de mille façons diverses ; malgré le repos forcé ils ne s'ennuient jamais.

Ils prennent tous leurs repas en même temps, à une heure toujours attendue avec la plus grande impatience, et l'appétit chancelant de tel enfant est stimulé par celui plus brillant de ses voisins.

A ce point de vue, les enfants de l'hôpital ont un réel avantage sur les enfants de la ville.

Mais par combien d'autres côtés cet inconvénient se trouve racheté pour les enfants des riches!

Pour ceux-ci, on fait chaque jour et à chaque repas un choix varié d'aliments ; plusieurs personnes sont là qui leur assurent des sorties quotidiennes et de longues promenades au grand air de la campagne ou de la plage, qui s'occupent aussi d'une manière peut-être plus minutieuse de leur toilette.

Tous ces moyens : sorties au grand air, soins hygiéniques favorisent la nutrition générale de l'enfant et le bon fonctionnement de la peau ; ils stimulent son appétit, lui donnent une sensation de bien-être et parfois de légère fatigue qui lui assurent un long et profond sommeil pour la nuit.

Ces considérations s'appliquent à tous les enfants malades ; à ceux qui vivent à Berck comme à ceux qui sont restés dans les grandes villes.

Pour ces derniers, les promenades dans les jardins publics, ou en dehors de la ville (au bois de Boulogne pour les Parisiens) atténuent dans une certaine mesure les inconvénients du séjour dans les grandes villes.

C'est grâce à ces sorties quotidiennes en toutes saisons et par tous les temps, grâce aussi à la suralimentation, que l'état général de l'enfant se conserve bon, malgré l'immobilisation prolongée.

Qu'on se débarrasse donc une bonne fois de ce préjugé que partagent avec les parents tant de

médecins, que l'immobilisation absolue, la position couchée vont amoindrir la santé générale de l'enfant.

Combien n'est-il pas de ces enfants atteints de tuberculoses externes dont l'aspect n'a jamais été aussi brillant avant cette période de repos forcé, alors même qu'ils paraissaient jouir d'une santé parfaite.

4° Le choix d'un climat.

Reste à examiner la question du climat.

Aux parents qui demandent si leur enfant malade d'une tuberculose externe guérirait dans le cas où il resterait à Paris, on peut répondre : oui, probablement.

Mais la question que je pose est celle-ci : Voulez-vous donner à votre enfant le maximum de chances de guérison ?

Si oui, amenez-le dans un endroit où l'air soit aussi pur qu'il est infecté à Paris.

Il est accepté d'une manière générale que l'air est beaucoup plus pur à la campagne que dans les villes et beaucoup plus pur encore à la montagne et à la mer que dans les campagnes. Cette proposition est tellement évidente qu'elle n'a guère besoin d'être démontrée. J'ai donné dans une

communication faite au Congrès de Boulogne (1) « sur la valeur du traitement marin contre les tuberculoses », nombre d'observations et de statistiques qui établissent nettement la supériorité du bord de la mer sur la campagne pour le séjour des tuberculeux.

L'air marin possède des qualités physiques spéciales : pureté, densité, humidité ; et les grands vents venant du large qui le renouvellent incessamment constituent un avantage, même lorsqu'ils sont fatigants. Mais cet air marin possède encore des qualités chimiques précieuses, puisqu'il renferme des substances médicamenteuses sous une forme assimilable.

Par ses qualités chimiques, l'air marin l'emporte sur l'air de la montagne. Par les qualités physiques de leur atmosphère, les stations maritimes l'emportent sur les villes d'eaux salines, celles-ci présentant, par contre, l'avantage d'une balnéation peut-être plus efficace ; mais pour tous les enfants à la période d'activité de la tuberculose externe, les bains doivent être proscrits aussi bien à Salies qu'à Berck ou à Arcachon : les inconvénients résultant des secousses que la balnéation occasionne étant indiscutablement supérieurs dans ce cas à ses avantages.

(1) Comptes rendus du Congrès international, Boulogne, 1894.

Les villes d'eaux salines ne peuvent donc être pour ces enfants que des stations de la convalescence.

A la mer au contraire, si la balnéothérapie devient impossible, l'aérothérapie agit.

Quelle est la station maritime qu'il faut choisir ?

Lorsqu'il s'agit d'une tuberculose interne, on choisit sans hésiter Arcachon, ou Biarritz, ou la Méditerranée.

Mais les tuberculoses externes en général sont plus heureusement modifiées sur les plages du Nord. Ici l'air fouette et stimule mieux qu'à Arcachon et surtout qu'à Nice et à Cannes, je l'ai observé maintes fois, ces organismes à nutrition languissante ; et il est bien des familles qui, après avoir essayé des stations méditerranéennes ou méridionales pour la saison d'hiver, se sont décidées à passer l'année entière à Berck.

C'est une erreur qui a cours un peu partout, que Berck agit d'une manière incomparablement plus active pendant la saison d'été que pendant la saison d'hiver.

Cazin avait déjà protesté contre cette opinion trop généralement acceptée, en disant que la proportion des guérisons dans les hôpitaux de Berck était sensiblement la même dans les deux saisons.

Je serais tenté, d'après mon expérience personnelle, d'aller plus loin ; il est bon nombre d'enfants

dont la nutrition est restée languissante pendant la saison chaude, et qui dès que l'hiver est arrivé, se sont mis à manger beaucoup mieux ; cela se conçoit. Parallèlement à ce retour de l'appétit on constatait naturellement une amélioration de l'état général qui retentissait de la façon la plus heureuse sur l'évolution de la tuberculose.

En résumé, il est bon nombre de ces enfants que j'ai vu bénéficier bien davantage de la saison d'hiver que de la saison d'été.

Mais ce bénéfice plus grand ne peut être obtenu qu'autant que les enfants seront promenés pendant les grands froids comme pendant la saison chaude.

A Berck, j'ai des enfants, même couchés, qui sont sortis tous les jours pendant toute la durée de l'hiver ; la capote de leur petite voiture les met à l'abri de la pluie et de la neige, et des gros vêtements les mettent à l'abri du froid.

Le visage reste découvert ou est à demi protégé par une voilette.

Il s'établit du reste promptement, et pour tous les enfants une accoutumance complète à cette température assez froide de l'hiver qui, dès qu'elle est bien supportée, a pour avantage d'augmenter l'appétit et de stimuler la nutrition de tous les tissus de l'organisme.

Cette température ne devient presque jamais assez pénible pour empêcher les sorties, parce qu'il est très rare que le vent du Nord ou du Nord-

Est souffle à Berck; le vent dominant est le Sud-Ouest, et Berck est abrité, dans une certaine mesure, par les collines de l'Artois ; on peut s'en rendre compte en se transportant à quinze ou vingt kilomètres dans l'intérieur des terres à la période des grands froids.

Cependant, pour certains de ces enfants à poitrine susceptible, on peut choisir la Méditerranée ou mieux encore Arcachon *pour la saison d'hiver*.

Mais surtout qu'on ne ramène pas les petits malades à la grande ville, à Paris surtout! Combien n'est-il pas de ces enfants qui, partis en bon état de Berck en octobre et rentrés à Paris, ont des rechutes multiples et doivent être renvoyés en toute hâte à Berck où ils reviennent presque méconnaissables.

Je répète ici ce que j'ai déjà dit pour les enfants prédisposés à la tuberculose : il faudrait pour ces enfants un *très long séjour* à la mer, un séjour continué jusqu'à leur complète guérison, c'est-à-dire une ou plusieurs années. On éviterait ainsi bien des récidives qui sont souvent plus difficiles à bien guérir que la première atteinte et prolongent indéfiniment le traitement des manifestations de la tuberculose externe.

Nous ne voyons d'autre contre-indication au séjour de l'une des plages du Nord que la suivante : l'existence d'une complication viscérale : albuminurie ou tuberculose pulmonaire avancée. Mais

nous ne pouvons accepter, malgré l'avis de plusieurs médecins, comme des contre-indications, l'existence d'une tuberculose s'accompagnant de fièvre locale, l'existence d'une ostéite douloureuse, ou une poussée aiguë survenue dans l'évolution de la maladie ou encore une nécrose étendue. Ces formes de la tuberculose bénéficient grandement du séjour de Berck. Mais pour les malades porteurs de lésions viscérales avancées, tandis que la lésion locale s'améliore souvent, la complication viscérale peut subir un coup de fouet, surtout lorsque ces malades sont trop directement et trop longuement exposés à l'air de la plage.

Pour tous ces enfants du reste, il faut surveiller le traitement marin. Comme tous les autres traitements, celui-ci doit être rationnellement institué et dosé avec soin, suivant la susceptibilité et l'état général de l'enfant, ou encore suivant la période de la maladie. Et cependant avec quelle étourderie, avec quelle ignorance ou quel oubli des précautions les plus élémentaires, les parents soumettent leurs enfants au traitement marin !...

En mettant à part les adénites, j'estime que la balnéation devrait être absolument proscrite jusqu'à la fin de la période active de ces maladies et encore pendant plusieurs mois après la disparition de toutes les manifestations morbides, et qu'il faut tout demander aux bains d'air marin. Mais ces bains d'air eux-mêmes doivent être méthodiquement dosés pour chaque enfant, suivant son

tempérament spécial, son degré de nervosisme, c'est-à-dire que suivant les cas l'exposition des malades à l'atmosphère si excitante de la plage doit être plus ou moins immédiate, plus ou moins prolongée ; de là découlent des indications hygyéniques que l'on devine : le choix d'une habitaiion plus ou moins rapprochée de la plage...

Ce dernier détail a une grande importance pour tous, mais une plus grande importance encore pour les petits malades qu'on ne peut déplacer facilement et par conséquent pour tous les malades des hôpitaux. En veut-on la preuve ? L'hôpital Cazin-Perrochaud, de Berck, qui ne compte pas encore huit années d'existence, avait été installé provisoirement à cinq cents mètres de la mer pendant la première année, puis a été transféré sur la plage. Eh bien, j'ai remarqué, et tous mes aides avec moi, que depuis ce changement, depuis que l'exposition des malades à l'action de l'air marin est devenue plus immédiate et plus intime, les guérisons des cas les plus graves sont devenues beaucoup plus nombreuses, plus rapides et plus complètes.

Cazin n'avait-il pas déjà noté que ses résultats étaient moins bons dans ses infirmeries de l'hôpital administratif où les enfants sont à 200 mètres de la plage et dont ils sont malheureusement séparés par les bâtiments très élevés des bureaux de l'administration, qu'à l'hôpital Rothschild où les infirmeries sont en façade de mer.

Par contre, il est bon nombre d'enfants nerveux ou trop profondément anémiés, ou encore dont les poumons ont besoin d'une grande surveillance, pour qui le voisinage immédiat de la mer est plutôt défavorable et qu'il faut placer dans l'intérieur de Berck, dans une maison située « en 2e et 3e zone » à une distance plus ou moins grande de la plage.

Avant de terminer ce chapitre, je tiens à redire que si le traitement général est un auxiliaire très puissant du traitement local et contribue si grandement à la guérison de la tuberculose externe, la réciproque est vraie ; et un traitement local bien dirigé est la meilleure sauvegarde du bon état général du petit malade.

En effet, si l'enfant souffre par suite d'une immobilisation mal faite ou insuffisante, s'il suppure abondamment, s'il a de la fièvre à la suite d'une intervention ou spontanément par défaut d'antisepsie, le séjour de Berck et l'installation la plus luxueuse et la plus hygiénique, n'empêcheront pas la diminution de l'appétit, l'amaigrissement, la pâleur du visage qui viendront traduire bientôt la résorption septique à laquelle ce petit malade est en proie.

Et le seul moyen de rendre à cet enfant son facies coloré et ses forces, sera de modifier son état local et sa lésion.

Ainsi donc, traitement général et traitement local doivent nécessairement se prêter, à toutes les périodes de la maladie, un mutuel appui.

CHAPITRE III

Considérations générales sur le traitement local des tuberculoses externes.

Sommaire : Nous avons déjà dit dans notre introduction que les tuberculoses locales sont des maladies toujours curables tant qu'elles ne se compliquent pas d'infections secondaires.

L'on n'ouvrira donc jamais la porte à ces infections secondaires, et pour cela l'on n'ouvrira jamais au bistouri les foyers tuberculeux, car dans ce cas, tôt ou tard, quoiqu'on fasse, ces foyers ouverts s'infecteraient.

La thérapeutique que nous préconisons n'est pas celle du ne rien faire. Notre thérapeutique sera au contraire très active. Elle consistera à attaquer le mal chaque fois que nous pourrons atteindre sûrement le foyer tuberculeux, et c'est non seulement possible, mais facile dans le cas d'abcès froid reconnu ; à modifier le foyer en y introduisant à l'aide de très fines aiguillos des liquides modificateurs de la tuberculose.

Cette thérapeutique a deux avantages : le premier de guérir plus souvent et dans un temps généralement plus court.

Le deuxième, c'est de ne supprimer que le mal, de laisser intactes, non seulement toutes les parties saines voisines de l'organe malade, mais de celui-ci même toute la charpente, c'est-à-dire de ne pas mutiler les malades, de procurer les guérisons orthopédiques et esthétiques les meilleures qu'il est possible de souhaiter.

En un mot, notre thérapeutique guérit toujours, elle guérit intégralement bien souvent tandis que tous les autres traitements tuent souvent et mutilent toujours.

Parmi les liquides modificateurs connus, il n'en est pas un qui soit véritablement spécifique de la tuberculose, mais il en est plusieurs et même un assez grand nombre qui, bien maniés, conduiront à la guérison.

La technique des injections est aussi importante que le choix des liquides.

Parmi ces liquides modificateurs les plus communément employés sont l'iodoforme dans l'éther ou dans l'huile d'olives ou dans la glycérine, et le naphtol camphré.

Ce dernier est d'un emploi beaucoup plus délicat que l'iodoforme. Par contre il guérit certains foyers contre lesquels l'iodoforme est impuissant.

Le naphtol camphré est inoffensif pourvu qu'on ne l'injecte que dans des cavités à paroi tuberculeuse déjà bien constituée ; l'absorption sera ici très lente.

Injecté dans le tissu cellulaire ou dans une cavité virtuelle, ou dans un ganglion dur, le naphtol camphré est dangereux, même à la dose de quelques grammes.

Nous nous servons généralement d'un mélange de 1/4 de naphtol camphré et 3/4 d'éther iodoformé.

On peut guérir avec d'autres liquides et même avec la solution de chlorure de zinc (non pas au 1/10, parce qu'elle est à ce titre trop douloureuse, mais au 1/50); mais pour guérir avec ce liquide comme avec tous les autres, il faut l'injecter non pas en dehors des foyers tuberculeux comme on l'a dit, mais dans ces foyers eux-mêmes.

Cette fois, il ne s'agit plus de malades simplement prédisposés, la maladie a éclaté et ce mal est une manifestation de la tuberculose.

Car c'est la tuberculose qui engendre près des 3/4 des maladies qu'on nous envoie à Berck dans les hôpitaux ou au dehors.

Elle peut frapper tous les organes, mais à dessein

nous passerons sous silence la bacillose interne, dont nous ne parlerons, chemin faisant, que pour dire ses relations avec la tuberculose externe ; celle-ci siège soit dans la peau et les tissus mous, et c'est l'abcès froid, soit dans les glandes du cou et c'est l'adénite, soit dans les os des membres ou la colonne vertébrale, dans les articulations grandes et petites et ce sont les tumeurs blanches, les ostéites, le mal de Pott et la coxalgie.

Nous étudierons dans les divers chapitres suivants les abcès froids, les adénites, les tumeurs blanches et la coxalgie, les ostéites et le mal de Pott.

La tuberculose a un aspect particulier et un traitement un peu spécial suivant l'organe qu'elle frappe, mais malgré ces différences de localisation, son principe microbien est toujours identique, les produits immédiats de son bacille les mêmes, et non seulement le traitement général de l'organisme est le même dans tous ces différents cas, mais encore une grande partie des prescriptions du traitement local :

Cette partie du traitement local qui a pour but la destruction du bacille et des fongosités qu'il engendre.

Ainsi donc qu'il s'agisse de tuer les germes morbides dans un abcès froid, une adénite, une tumeur blanche ou une ostéite, la médication sera sensiblement la même. Le chirurgien qui saura le

mieux tuer le bacille dans l'abcès froid des tissus mous, est celui qui saura également le détruire le plus sûrement dans les adénites, les ostéites et les tumeurs blanches.

Mais là où la différence va surgir et s'accentuer, c'est lorsqu'il s'agira du résultat orthopédique.

Je m'explique : il ne suffit plus de débarrasser une jeune fille d'une glande tuberculeuse au cou, il faut chercher à la guérir sans cicatrice aucune ; guérir d'abord, effacer ensuite sur ce cou ou sur cette figure le témoignage écrit du mal qui l'avait frappé.

Il ne suffit pas de guérir une tumeur blanche du genou ou de la hanche, il faut conserver au malade une jambe normale ou tout au moins très utile...

Il ne suffit pas d'arriver à l'extinction de la tuberculose de la colonne vertébrale, il faut encore empêcher le malade de guérir avec une bosse.

Donc le traitement orthopédique ou esthétique de la tuberculose diffère suivant les organes ; il sera indiqué séparément dans les chapitres consacrés à l'étude des maladies de chacun d'eux.

Mais, le traitement de la tuberculose elle-même nous permet de presenter ici quelques considérations générales de la première importance.

Il y a 10 ou 15 ans voici ce qu'on lisait dans tous les ouvrages classiques :

« Le bacille tuberculeux introduit dans un or-

« gane s'y multiplie; il va le ronger pour envahir
« de proche en proche les tissus voisins.

« Son évolution est comparable à celle de la
« pustule maligne et du cancer.

« Ce foyer tuberculeux va détruire l'organe sur
« lequel il est fixé. et en outre il constitue une
« menace permanente pour l'individu tout en-
« tier; car de ce foyer peut partir une colonie
« microbienne qui ira infecter un autre territoire
« plus ou moins éloigné et de préférence le pou-
« mon ou le cerveau, c'est-à-dire deux organes
« essentiels à la vie.

« Le meilleur, le seul moyen de supprimer ce
« danger d'ordre local et d'ordre général tout à la
« fois, c'est d'extirper immédiatement les tissus
« déjà infectés en dépassant largement leurs limi-
« tes. »

Cela paraît parfaitement rationnel et logique, cela crée au chirurgien le devoir d'extirper tout foyer tuberculeux dès qu'il l'a découvert.

De ce droit, le chirurgien a usé largement. Il extirpe les glandes malades ou simplement suspectes, il extirpe les abcès froids, il résèque les os malades et les jointures mêmes, en ayant grand soin de dépasser largement les limites du mal, pour ne pas s'exposer à laisser dans la plaie quelques bacilles pouvant l'infecter à nouveau.

En présence de la tuberculose vertébrale beaucoup ont hésité un instant. — Le foyer est si

éloigné, si peu accessible et la région si dangereuse. — Mais bientôt on a trouvé un chemin à peu près sûr pour arriver soit aux lombes (d'abord), soit au cou et au dos (ensuite) sur le mal qui rongeait les corps vertébreux.

Le domaine de la tuberculose externe était conquis par la chirurgie opératoire.

Il ne lui restait plus qu'à envahir celui de la tuberculose interne. Cela vint bientôt : le crâne fut ouvert pour attaquer la méningite, les côtes et le thorax réséqués pour attaquer la tuberculose pulmonaire.

Le rein tuberculeux fut extirpé.

Les chirurgiens chantèrent victoire : la tuberculose était vaincue !...

Hélas ! ils déchantèrent bientôt....

La guérison attendue et promise n'arrivait pas ! les plaies ouvertes par le chirurgien ne se fermaient pas ; un mois après elles présentaient tous les caractères des plaies tuberculeuses, c'est-à-dire que les parois de ces vastes cavités opératoires, que les organes qui les limitaient, étaient infectés à leur tour — le terrain appartenant à la tuberculose était plus vaste qu'avant l'opération !.. Malgré les très larges sacrifices que l'on avait faits, il était resté toujours assez de germes pour réinoculer ce qu'on avait laissé.

De plus, ces foyers tuberculeux ouverts, désormais renfermaient non seulement des bacilles,

mais encore des staphylocoques ou des streptocoques qui le jour même de l'opération, malgré toutes les précautions prises, ou bien un peu plus tard, pénétraient dans la plaie.

Et alors, depuis que s'était produite cette association de microbes, la fièvre était apparue, supprimant l'appétit, et l'état général du malade avait baissé — et finalement 1 an, ou 2 ans après cette intervention qui devait sauver le malade, celui-ci succombait. — Il est vrai que succombant ainsi très tard après l'opération, après être passé depuis celle-ci une ou deux fois en d'autres mains médicales, le chirurgien qui l'avait opéré l'avait déjà compté généralement au nombre de ses guéris....

Cette terminaison fatale était la règle à peu près absolue lorsqu'il s'agissait d'une tuberculose de la colonne vertébrale ou de la hanche.

Mais lorsqu'il s'agissait d'une gomme de la peau ou d'une glande tuberculeuse ou d'un doigt malade, l'extirpation large de ce foyer très circonscrit amenait assez souvent la guérison, il faut en convenir. Ainsi également pour le genou, le coude, etc., on pouvait arriver à la guérison de la tuberculose sèche par une large extirpation.

Avec cette réserve cependant que le danger de la généralisation n'était pas supprimé contrairement à ce qu'on avait espéré, par ce sacrifice complet de la partie malade et des tissus voisins ; assez souvent on voyait au contraire une autre localisation

dans un organe extérieur ou une localisation dans le cerveau se produire après l'opération. Le vulgaire disait : c'est la maladie qui, supprimée ici, s'est portée ailleurs!... Ce que niaient les chirurgiens. Nous verrons comment il faut interpréter ces faits.

Pour les segments périphériques des membres, la guérison s'obtenait assez fréquemment pour cette autre raison que, lorsque la résection très large n'avait pas suffi, il restait encore la ressource suprême d'amputer à la racine du membre, très loin du foyer tuberculeux.

Mais pour les tuberculoses des régions plus profondes, la mort était la terminaison habituelle.

Les chirurgiens en furent réduits à avouer qu'il était un très grand nombre de tuberculoses malignes qui malgré tous les progrès de la chirurgie opératoire et de l'antisepsie, en dépit de tous les efforts, étaient au-dessus de nos ressources. — De ce nombre étaient entre autres la coxalgie et le mal de Pott suppurés.

Ce n'était pas une raison pour ne pas opérer, car il arrivait qu'une fois sur vingt peut-être l'on voyait guérir après l'opération ces coxalgies ou ces maux de Pott.

Si bien qu'il fallait dire — dans le même sens qu'Ollier dans son traité des résections : — Ce n'est pas 19 coxalgiques suppurés sur 20 que la résection a tués, mais un sur vingt qu'elle a sauvé, celui-là étant condamné comme les autres!...

Voilà ce qui se disait il y a dix ans, voilà ce que pensait Ollier, le plus grand des maîtres contemporains, dans son livre des résections qui est considéré comme la bible de tous les chirurgiens ayant à soigner des tuberculoses osseuses ou articulaires.

Comparez ce langage avec celui que nous tenons aujourd'hui à Berck.

A l'heure actuelle nous disons : La tuberculose n'est en rien comparable à la pustule maligne ni au cancer.

Contrairement au cancer, mise en bon air et au repos, cette tuberculose externe va guérir spontanément dans tous les cas si elle est sèche. Dans la moitié des cas, il est vrai, elle s'accompagne d'abcès ; c'est la tuberculose suppurée, si maligne, si différente de l'autre, à peu près toujours meurtrière, disait-on....

C'est une erreur ; pour nous, cette tuberculose suppurée n'est pas sensiblement plus maligne, et elle guérira à tous coups comme la tuberculose sèche, pourvu que nous empêchions cet abcès froid de s'ouvrir. Pour cela on le vide antiseptiquement par une ponction faite avec une aiguille capillaire. Pour être plus assuré qu'il ne s'ouvrira pas, on fait suivre la ponction évacuatrice de l'injection d'un liquide modificateur qui va assainir la paroi de l'abcès froid et en amener l'accolement et la guérison sans ouverture.

Mais, remarque intéressante, ce liquide modifica-

teur, en agissant ainsi sur l'abcès froid, a agi en même temps sur le foyer d'origine de cet abcès, os ou jointure avec lequel cet abcès communique encore presque toujours. Et voilà que cette coxalgie et ce mal de Pott suppurés ainsi traités, non pas directement, mais par l'intermédiaire de l'abcès, ont guéri plus vite et plus sûrement que telle coxalgie et tel mal de Pott sans suppuration.

C'est donc que dans ces tuberculoses suppurées, ce n'est pas précisément ce que l'on peut appeler leur essence qui est fâcheuse, mais les complications qui se produisent dès qu'on les a ouvertes, et on les ouvrait toujours sous prétexte qu'elles renfermaient du pus. Et la vérité est que l'opération qui a causé cette ouverture, au lieu de guérir une fois sur 20, comme on le disait il y a dix ans et comme on le dit encore, fait mourir 19 fois sur 20.

Mais cette appréciation générale sur la valeur respective des méthodes opératoires sanglantes et des méthodes conservatrices, dans le traitement des tuberculoses externes, ne suffit pas au médecin qui veut connaître exactement la manière de se conduire en face des divers cas qui se présentent à lui dans la pratique.

Nous allons étudier ces divers cas en entrant dans les détails particuliers.

C'est sous les trois aspects suivants que la tuberculose se présente au médecin :

a) Tuberculose sèche sans abcès appréciable ;

b) Tuberculose suppurée avec abcès non ouvert ;

c) Tuberculose suppurée avec abcès ouvert ou fistuleux.

Premier cas. — Tuberculose sèche sans abcès appréciable.

C'est une gomme de la peau, un ganglion du cou, une coxalgie, une tumeur blanche, un mal de Pott — peu importe.

Nous savons (les chirurgiens qui opèrent le savent comme nous) que si la tuberculose reste sèche elle pourra guérir, sans intervention chirurgicale, presque spontanément, par le seul effet d'un bon traitement général et d'un traitement local consistant surtout dans le repos parfait de l'organe malade.

C'est la thérapeutique que nous appliquons en pareil cas à Berck.

Le traitement général dont nous avons déjà parlé est toujours le même quel que soit l'organe malade. Le repos de celui-ci, qui constitue l'un des premiers éléments du traitement local, sera assuré par des moyens différents, cela se conçoit, suivant qu'il s'agit d'une coxalgie, d'un mal de Pott, d'une ostéite du pied ou d'une tumeur blanche de l'épaule... Nous indiquerons ce que doit être ce traitement local en étudiant les maladies de chaque organe.

Sous cette double influence d'ordre général et d'ordre local, la tuberculose va guérir. — Mais il y faut du temps, parfois un très long temps ;

généralement une et même plusieurs années, — si l'on veut avoir des chances sérieuses d'éteindre pour toujours le foyer morbide.

On dira : pourquoi attendre pendant un an et deux ou davantage la guérison spontanée de cette glande tuberculeuse ou de cette tumeur blanche du genou, lorsque la chirurgie antiseptique nous permet d'enlever le mal d'emblée et nous donnera cette guérison en quelques jours ou en quelques semaines tout au plus dans les cas où il s'agit d'un os ou d'une jointure. Peut-on rêver une guérison plus complète que celle-là : l'extirpation de la totalité du mal, bien contrôlée par l'œil, tandis que par le traitement conservateur on n'est jamais sûr d'avoir tout détruit. Si les familles riches ne sont pas obligées de compter avec le temps et l'argent, telle famille pauvre ne peut pas envoyer son enfant à Berck pour 1, 2, 3 ans.

Et on montrera pour les opposer à nos guérisons de Berck, obtenues doucement par un séjour de 2 et 3 ans, tel enfant débarrassé d'un ganglion tuberculeux du cou ; la large cicatrice qu'il conserve en fait foi ; tel enfant réséqué du genou ou du coude ou du poignet pour tumeur blanche, ce qu'atteste en effet son impotence fonctionnelle.

Voici notre réponse :

Il est parfaitement exact que vous avez guéri en 8 jours ce ganglion tuberculeux du cou que nous mettrons 1 an et 2 ans à guérir à Berck sans

opération. Mais votre enfant est marqué pour la vie par une horrible cicatrice, qui fera son chagrin, surtout si c'est une jeune fille, tandis l'enfant soigné par nous ne conserve pas la plus petite tare, la plus petite marque, si bien que dans 4 ou 5 ans personne ne devinera qu'il a jamais été malade. De plus chez votre malade le premier ganglion extirpé, il peut en venir un deuxième et un troisième, l'état général n'ayant pas changé et c'est en effet ce qui se voit généralement; tandis que le nôtre sera mis à l'abri d'une atteinte nouvelle de la tuberculose, grâce à la modification apportée dans son état général par ce long séjour à Berck.

Cet enfant que vous avez réséqué largement du genou aura une jambe ankylosée, et plus courte, sa croissance se trouvant très troublée par cette opération.... et son état général, comme pour les premiers opérés, restera mauvais !

Si du fait de l'extirpation totale du mal que vous avez faite, votre malade est aussi bien débarrassé, j'en conviens, que le nôtre (qui peut à la rigueur conserver pendant longtemps un germe silencieux dans la profondeur des organes malades, mais qui, sous l'influence du bon état général que nous lui assurons à Berck, finira par voir ce germe disparaître et pour l'avenir restera plus réfractaire que le vôtre à l'éclosion d'une nouvelle tuberculose) si votre malade est aussi bien débarrassé que le nôtre de son mal, vos guérisons ne sont pas inté-

grales et complètes comme les nôtres. — Votre enfant ne guérit qu'au prix d'une mutilation ou d'une infirmité.

Voilà un premier argument en faveur des méthodes conservatrices.

En voici un deuxième. — Si vous ne faites pas une opération très considérable, si vous faites, par exemple, ce qu'on appelle une résection « économique » pour ce genou tuberculeux, vous ne vous exposez plus guère à une mutilation appréciable, c'est vrai, mais vous vous exposez à un inconvénient beaucoup plus grave : à ne pas guérir ce genou, à laisser quelques germes de ce mal qui a généralement des prolongements dans des points très éloignés et non soupçonnés de la région ; si bien que, l'intervention n'ayant pas tout enlevé, ce qui reste va tout réinoculer et vous serez acculé à une opération, à un sacrifice nouveaux sans compter que du fait même de cette ablation non totale des diverticules du mal, la récidive se fera dans la cicatrice, empêchera cette cicatrice de se faire ou l'ouvrira — et vous vous trouverez en présence d'une *tuberculose ouverte du genou*. Vous n'aviez qu'une tumeur blanche sèche, vous avez actuellement une tumeur blanche fistuleuse, parce que vous avez fait justement un sacrifice osseux très petit : une tumeur blanche fistuleuse, peut être vingt fois plus longue et vingt fois plus difficile à guérir — qu'une tumeur blanche sèche — et votre enfant à qui vous avez voulu procurer une économie de temps et d'argent, parce qu'il n'est

pas venu chercher à Berck une guérison sans opération toujours lente à venir, sera obligé d'y venir et d'y attendre sa guérison bien plus longtemps cette fois, — à moins que vous ne vous décidiez à lui amputer la cuisse, ce qui le guérira de sa tumeur blanche, il est vrai...

Cela ne veut pas dire que je n'aie souci de cette raison très grave que vous donnez : tel enfant ne peut pas faire les frais d'un long traitement à Berck ou ailleurs.

J'ai comme vous, dans mes hôpitaux, dont quelques-uns sont payants, tel enfant qui ne peut rester que 3 mois, 6 mois pour raisons budgétaires... Je veux bien l'opérer après quelques semaines ou quelques mois de préparation pourvu que j'aie l'absolue certitude (on l'a bien rarement) : 1° d'enlever la totalité des lésions, sans quoi je ferai plus de mal que de bien ; 2° de ne pas mutiler mon malade. On est toujours à temps pour cela !...

Je l'opèrerai par exemple pour extirper une glande tuberculeuse qui ne siègerait pas au cou, mon opération ne laissant pas, par conséquent, de cicatrice visible ; ou pour extirper une gomme tuberculeuse de la peau dans une région non découverte ; parce que là je suis sûr de tout enlever, donc de guérir sans fistule, sans danger de récidive locale, et d'autre part de guérir sans mutiler.

Hormis ces cas et quelques autres très rares exceptions, je n'opèrerai pas mon malade, j'aime

mieux le renvoyer au 3e ou 6e mois non complètement guéri, mais en préparant sa guérison complète qui peut se faire à la rigueur, dans le milieu où l'enfant va retourner, quoique moins rapidement qu'à Berck.

Par exemple, je dirai à l'enfant atteint d'une glande tuberculeuse au cou non encore disparue spontanément : Votre glande peut disparaître chez vous à la longue ; si elle ne disparaît pas, elle se ramollira : ce jour-là, hâtez-vous de revenir à Berck avant que la glande ramollie ne s'ouvre ; et par des ponctions et des injections nous pourrons ici vous guérir complètement et sans cicatrice visible dans l'espace de 2, 3, 4 semaines. Si vous ne pouvez pas revenir, adressez-vous dès que vous voyez les premiers signes du ramollissement (saisissable même pour les profanes), adressez-vous à votre médecin en lui demandant de faire cette médication par les ponctions et les injections, ou bien, s'il refuse, à un médecin voisin qui saura la faire...

S'il s'agit d'une tumeur blanche du genou ou d'une coxalgie, je renverrai le malade en lui appliquant un bon appareil immobilisateur en bonne attitude avec lequel il gardera le repos chez lui, vivant au grand air et se nourrissant le plus possible. Je demanderai simplement que le malade revienne tous les 3 à 5 mois faire renouveler cet appareil, ce qui me permet de le

guérir ainsi sans opération tout en ne lui imposant pas le sacrifice, impossible pour lui, d'un long séjour à Berck. Et j'agis de même pour l'enfant qui ne peut même pas passer 3 mois ni seulement 3 semaines à Berck, je lui applique un appareil et je le renvoie chez lui après un séjour de 24 heures.

J'entre à dessein dans ces détails pour montrer qu'il est toujours possible et dans tous les milieux de faire bénéficier les enfants des avantages merveilleux des méthodes conservatrices.

Deuxième cas. — La tuberculose est passée à l'état de suppuration, mais l'abcès n'est pas ouvert.

Beaucoup de chirurgiens me diront : C'est pour éviter ce passage à la suppuration que nous avons opéré les enfants à la période de tuberculose sèche. Ce qui veut dire que pour tous les chirurgiens, et pour tous les parents aussi, le passage à la suppuration, l'apparition d'un abcès dans le cours de la maladie est le plus grand des malheurs et qu'il faut tout faire pour le prévenir. Vous connaissez l'interrogation des mères : « Pourvu qu'il n'ait pas d'abcès !... » Mais à ce compte-là l'abcès froid essentiel indépendant serait plus grave que la coxalgie ou le mal de Pott sans abcès ?... Il révèlerait donc une tuberculose plus virulente ?... S'est-on jamais posé la question ?

L'apparition d'un abcès trahirait donc une

aggravation notable, une malignité beaucoup plus grande du mal ?

Mais oui, nous dira-t-on, la preuve, c'est que les tuberculoses sèches, de votre propre aveu, guérissaient toutes à Berck du temps de Cazin et les tuberculoses suppurées jamais....

Voici ma réponse :

Je ne sache pas que si nous interrogeons la bactériologie elle nous donne la raison de cette issue si différente des unes et des autres.

Je ne sache pas que le tuberculome solide renferme moins de bacilles ou des bacilles moins virulents tant qu'il reste dur que dès le jour où il se ramollit et donne un abcès froid.

Le passage de ce tuberculome à l'état liquide paraît n'être au point de vue bactériologique et histologique qu'un phénomène de nutrition intime du noyau tuberculeux qui se désagrège et se liquéfie dans sa partie centrale sans qu'il soit plus virulent pour cela.

Je ne sache pas que le liquide de l'abcès froid ou un fragment de sa paroi inoculés à l'animal le tue plus rapidement ou plus sûrement que l'inoculation d'une égale quantité de fongosités sèches...

D'autre part, si je me place au point de vue clinique, je ne trouve pas dans l'état général du malade, par exemple au moment où se produit le passage à la suppuration, une indication me révélant clairement cette aggravation du mal.

Tel enfant est venu avec un ganglion dur au

cou, avec un état général médiocre. Voilà six mois qu'il est à Berck, il s'est fortifié manifestement — et les parents se réjouissent, lorsque souvent le médecin découvre que le ganglion dur s'est ramolli.

De même pour tel enfant venu avec une coxalgie sèche. Pour qui regarde sa mine, interroge son appétit, son poids, son entrain, il va manifestement mieux.

L'on escompte la guérison prochaine qui se produit sous l'appareil plâtré ; on enlève celui-ci et le chirurgien découvre un abcès !

Quel désappointement général ! quelle désolation chez les mères !... on connaît les réflexions qui « pleuvent ». « Et il allait si bien !... et nous étions si loin de nous attendre à un pareil malheur !... mon Dieu, qui aurait pu soupçonner une pareille complication !... »

Assez souvent même c'est lorsqu'on croyait toucher la guérison, en pleine convalescence, que l'abcès fait son apparition.

Bien plus, c'est quelque fois 2, 3, 5 ans après une coxalgie ou un mal de Pott « guéris », lorsque le malade depuis longtemps déjà vit de la vie de tout le monde, que surgit l'abcès !

« Voilà huit ans que, bien guéri, je ne pensais même plus à une coxalgie que j'avais eue autrefois, m'écrivait récemment un jeune homme de 21 ans, et quelque invraisemblable que cela paraisse, j'ai un abcès depuis quelques jours. »

Ces constatations sont bien déconcertantes, on

doit l'avouer, lorsqu'on admet avec tout le monde que l'apparition d'un abcès dans la coxalgie équivaut à une recrudescence de la malignité de cette maladie, à une marche en avant de la tuberculose !

Il faut bien dire cependant que les circonstances que je viens d'indiquer et dans lesquelles surviendraient les abcès de la tuberculose sont loin d'être la règle.

Un enfant, par exemple, immobilisé dans un grand appareil pour une coxalgie sèche, depuis quelque temps, se plaint la nuit. Ces plaintes, ces cris reviennent les nuits suivantes, régulièrement, sans raison apparente ; alors on veut se rendre compte de ce qui se passe localement, on enlève l'appareil et l'on ne trouve rien d'anormal. — On remet un autre appareil. Cependant les cris nocturnes ne cessent pas — et cela dure ainsi des semaines et parfois des mois. L'on regarde encore à la hanche ; cette fois l'on découvre un abcès.

Ou bien encore l'enfant a maigri sans raison depuis des mois dans son appareil : c'était un abcès qui se préparait....

Mes infirmières de Berck me disent : Voyez tel enfant coxalgique ; il maigrit et crie la nuit depuis quelque temps, il doit avoir un abcès — Cela se vérifie neuf fois sur dix lorsqu'on est sûr (comme nous le sommes) que cet amaigrissement ou ces douleurs ne peuvent être imputés à un vice dans la construction de nos appareils.

Ceci est à retenir pour essayer de donner sa signification morbide à l'apparition de l'abcès. Mais il faut ajouter que dès que cet abcès de la coxalgie est formé, les douleurs cessent.

En outre, je ne me souviens pas d'avoir observé que les abcès venant compliquer (?) les tuberculoses osseuses ou articulaires des autres régions s'accompagnent des mêmes douleurs ou de cet amaigrissement (celui-ci n'étant peut-être que la conséquence de celles-là).

Un abcès de mal de Pott, un abcès symptomatique de tumeur blanche surviennent généralement sans aucun signe précurseur.

Un abcès froid essentiel survenant en n'importe quelle partie du corps ne s'accompagne pas de douleurs ou d'amaigrissement et le malade ne paraît pas moins bien (à première vue tout au moins) le jour où cet abcès est formé, qu'un mois avant, lorsque cet abcès était encore à l'état solide, à l'état de tuberculôme dur.

Si les abcès de la coxalgie s'accompagnent de douleurs, cela ne tiendrait-il pas à la structure anatomique de la région, à l'étranglement que produit aisément la capsule fémorale sur les extrémités articulaires de la hanche, la tête fémorale et la synoviale malades? Ces douleurs seraient analogues à celles des collections qui se forment dans l'épaisseur des os.

J'ajoute cependant, que lorsque la tuberculose

sèche s'accompagne d'abcès dès les premiers mois, nous avons tendance à dire que c'est une tuberculose maligne.

Sans vouloir affirmer qu'il n'est pas un signe clinique permettant de présumer que le passage d'une tuberculose à la suppuration est un indice d'aggravation de la maladie, je crois pouvoir dire que cette opinion acceptée couramment n'est pas pour moi démontrée; en tout cas la différence de malignité entre cette coxalgie et ce mal de Pott de la veille sans abcès et cette coxalgie ou ce mal de Pott du lendemain s'accompagnant d'abcès, cette différence serait bien petite.

J'aurai bien de la peine à faire accepter ce sentiment.

Ce que l'on doit m'accorder tout au moins, c'est que nous avons en mains les moyens de faire tourner à notre profit ce passage à la suppuration de la tuberculose. Voici comment :

Dès qu'un abcès de mal de Pott ou de coxalgie ou d'une autre tuberculose du squelette est apparu, nous traiterons cet abcès par les ponctions suivies d'injections modificatrices. La guérison survient dans 4 à 8 semaines, dans tous les cas (99 fois sur 100) comme nous le verrons plus tard. Ces injections multiples auront pour effet, cela se conçoit, d'agir non seulement sur l'abcès lui-même, mais sur le foyer osseux ou articulaire d'où est venu l'abcès. Si bien qu'en guérissant l'abcès

l'on a, je ne dis pas guéri sûrement, mais amélioré grandement l'os ou l'articulation mêmes. — Et cette amélioration est telle qu'elle fait plus que compenser les moins bonnes conditions que créait au malade, pour le résultat final, ce passage de la tuberculose sèche à la suppuration.

Voilà la concession très importante que l'on me fera, si l'on a une grande habitude du traitement par les ponctions et les injections des abcès des tuberculoses osseuses ou articulaires.

En d'autres termes, je dirai : J'accepte si vous le voulez pour un instant que cette tuberculose est plus grave en elle-même le jour où elle a cessé d'être sèche et s'est compliquée d'un abcès. — Mais comme jusqu'à ce jour nous ne la combattions que par un traitement général et par le repos comme traitement local unique, et que, au contraire, du jour où cet abcès est apparu, nous avons le moyen, en agissant par cet abcès, en introduisant dans cette cavité des liquides modificateurs de la tuberculose, d'agir directement sur l'os ou la jointure qui ont donné cet abcès et avec qui ils restent encore, 99 fois sur cent, en communication par un passage étroit, mais que sauront franchir des liquides aussi subtils que l'éther iodoformé ou l'eau oxygénée ; ce jour-là, je ne crains pas de le dire, nous ferons un traitement plus énergique, plus efficace de la maladie et nous saurons arriver plus sûrement et plus vite à la guérir.

Et l'on comprend maintenant que je dise aux parents désolés lorsque cette glande du cou se ramollit, lorsque cette coxalgie se complique (?) d'un abcès, ou encore ce mal de Pott ou cette tumeur du genou : Rassurez-vous, et ce n'est pas pour les besoins de la cause que je vous affirme que la situation n'est pas moins bonne qu'il y a un mois ; je serais tenté de vous dire : réjouissez-vous, car maintenant au lieu d'attendre béatement la guérison spontanée de votre enfant, nous allons pouvoir la hâter, l'assurer, en faisant dans cette cavité des ponctions et des injections ; nous allons amener au dehors tous les produits morbides et les fongosités fondus ét liquéfiés ; il vaut bien mieux pouvoir débarrasser ainsi l'organisme de tous les produits morbides que de les laisser évoluer dans les tissus, même sous la forme solide.

De plus, notre liquide modificateur va toucher les points ulcérés de cet os ou de cette jointure ; ces points ulcérés, si profonds, si nombreux, si cachés qu'ils soient, se trouvent atteints, assainis, cicatrisés, en un mot guéris, tout cela dans l'espace de quelques semaines, dans l'espace que mettra l'abcès à se guérir ; et nous aurions le droit de compter sur une guérison complète de la maladie si l'abcès était en communication avec tous les points malades de l'os ou de la jointure ce qui est vrai dans la majorité des cas, mais non toujours ; car il arrive quelquefois que des cloisons solides constituent dans le grand

foyer plusieurs petits foyers secondaires complètement séparés et indépendants les uns des autres.

Je suis tellement convaincu pour mon compte qu'il y a plus à gagner qu'à perdre — pour un chirurgien attentif qui surveille ses malades — à voir survenir un abcès dans le cours des tuberculoses externes, qu'au lieu de les redouter j'en suis venu à les désirer ; c'est dans ce sens que j'ai pu dire : si l'abcès froid n'existait pas, il faudrait l'inventer ! Et cela est si vrai que dans beaucoup de cas, où il y a un intérêt capital à avancer la guérison (pour tel enfant par exemple qui ne restera à l'hôpital qu'un temps limité et qui me sera ensuite enlevé pour toujours), je provoque l'apparition de ces abcès par des moyens artificiels.

Je provoque le ramollissement d'une glande dure, assuré que dès qu'elle sera transformée ainsi en petit abcès froid je saurai la guérir plus radicalement et plus sûrement — et sans cicatrice.

Je provoque l'apparition d'une hydarthrose ou d'une pyarthrose artificielle dans cette tumeur sèche du genou qui tarde tant à guérir, qui dure sans progrès apparents depuis un, deux, trois ans.

Pour cela, j'injecte des liquides modificateurs dans la grande cavité articulaire ; ils provoquent, en agissant sur les fongosités dures qui tapissent la paroi mi-osseuse, mi-séreuse de cette cavité, la fonte de ces fongosités et il se constitue une hydarthrose artificielle, et à partir de ce moment je ponc

tionne et j'injecte comme s'il s'agissait d'un abcès froid ordinaire...

De même dans les autres manifestations de la tuberculose, hormis certains cas particuliers, et pour des raisons spéciales que j'indiquerai chemin faisant, je cherche à provoquer ce ramollissement : méthode qui m'a donné les plus beaux résultats, les résultats que promettait la théorie, méthode que je n'ai que le regret de ne pas pouvoir employer plus souvent, parce qu'il est des formes de tuberculose ou des localisations tuberculeuses où son emploi au point de vue pratique est impossible et, dans ces cas, j'en suis réduit à attendre et à souhaiter que la nature amène d'elle-même cet abcès.

Comme nous voilà loin des médecins qui disent avec les parents : « Nous savons guérir les tuberculoses sèches, mais si elles passent à la suppuration nous sommes à peu près désarmés.

Que Dieu nous garde d'avoir une tuberculose suppurée!... que Dieu nous garde d'un abcès !... »

L'abcès n'est donc pas en lui-même une chose mauvaise ; il est mauvais, si j'ose ainsi parler, par le mauvais usage que l'on en fait.

Mais si nous savons nous servir de lui, je dirais volontiers le domestiquer, cet ennemi d'autrefois deviendra pour nous un auxiliaire très précieux qui nous aidera à vaincre le mal.

Car l'abcès c'est en quelque sorte tout le mal ramassé en un seul point et sous une forme qui

nous permet de l'atteindre, de l'amener au dehors des tissus, d'en détruire partout les vestiges, tout cela sans toucher à autre chose qu'au mal lui-même, en respectant la charpente des tissus sur lesquels il est implanté.

Une guérison complète et rapide, sans mutilation, sans perte de substance, que peut-on rêver de mieux !

L'abcès dans la tuberculose externe, l'abcès saisissable, n'est-ce pas le moyen providentiel de détruire l'ennemi sans nuire en rien au malade ? moyen dont nous n'avons pas su nous servir jusqu'à ce jour.....

La tuberculose suppurée, n'est donc pas plus grave en elle-même que la tuberculose sèche, mais elle a été traitée jusqu'aujourd'hui d'une si lamentable façon, que, tandis que les tuberculoses non suppurées, auxquelles on ne touchait pas, guérissaient, les tuberculoses suppurées que l'on traitait à tous coups par des opérations sanglantes, succombaient presque fatalement, et l'on ne concevait pas la possibilité de les traiter autrement, puisqu'elles allaient s'ouvrir spontanément si on ne les ouvrait pas soi-même.

Nous avons déjà dit quelle sera notre attitude en présence des abcès de la tuberculose externe dont le pus, lorsqu'il reste à l'état de pureté (grâce à l'intégrité de la peau) n'est guère virulent et peut être aisément tari dans tous les cas.

Le rôle du chirurgien consistera donc à l'avenir, non pas seulement à ne pas ouvrir les tuberculoses suppurées, mais encore à faire tout au monde pour éviter l'ouverture. Et généralement l'obligation où il se trouve d'éviter l'ouverture le conduira forcément à faire des injections de liquides modificateurs de la tuberculose qui vont avoir cet effet inattendu et si heureux d'agir en même temps sur l'abcès et sur les foyers primitifs (d'où est venu l'abcès) pour amener la guérison de ces foyers en même temps que celle de l'abcès...

Tous les efforts du chirurgien tendront désormais à perfectionner les moyens que nous avons déjà d'éviter l'ouverture des foyers tuberculeux et les moyens d'agir sur eux malgré cette ouverture lorsqu'elle existe. Nous devons étudier à fond, outre la méthode des ponctions évacuatrices celle des injections des liquides modificateurs connus de la tuberculose, pour en établir exactement le mode d'emploi (1).

Voilà la thérapeutique que nous préconisons.

Si maintenant l'on nous demande d'apprécier la manière de faire des chirurgiens qui préconisent encore (*ils sont l'immense majorité*) les opérations sanglantes pour combattre la tuberculose, nous dirons à nouveau sans craindre de nous répéter.

1° Par les opérations sanglantes jamais ou presque jamais l'on ne peut arriver à enlever la tota-

(1) Voir chapitre IV, *Traitement de l'abcès froid.*

lité des tissus infectés par la tuberculose (jamais, en particulier, dans le cas d'un mal de Pott ou d'une coxalgie suppurés), et n'enlevant pas tout, le chirurgien n'a rien sauvé, puisque les germes qui restent vont infecter tout le champ opératoire; et le foyer persiste... Comme ce foyer tuberculeux n'est pas éteint, presque jamais l'on n'obtiendra la réunion par première intention ou bien la récidive se fera dans la cicatrice et la fera éclater si elle s'est déjà constituée et dès lors la plaie reste ouverte. Par cette porte ouverte, un peu plus tôt, un peu plus tard pénètreront des microbes septiques venus du dehors qui, s'associant au bacille tuberculeux, vont exaspérer sa virulence et ces infections associées seront 100 fois plus graves et 100 fois plus difficiles à vaincre que l'infection bacillaire isolée qui existait seule avant l'opération chirurgicale.

2°) Non seulement le malade court plus de risques de mourir après l'opération et par le fait de celle-ci, mais dans le cas où il guérira, cette opération, malgré laquelle il aura guéri, l'aura mutilé. Cet os, ces extrémités articulaires enlevés par le chirurgien ne repoussent pas ou ne repoussent guère. Ce malade, qui aura échappé si péniblement à la mort, se trouvera en fin de compte avec une infirmité toujours pénible, souvent désastreuse : exemple un coxalgique réséqué qui boitera lamentablement, sera même parfois condamné aux bé-

quilles à perpétuité ; exemple cette adénite qu'on n'a guérie qu'en labourant le cou de cicatrices horribles...

Nous sauverons donc infiniment plus de sujets par les méthodes conservatrices que nous préconisons aujourd'hui que n'en sauveront les chirurgiens qui opèrent et de plus nous les guérirons sans les mutiler, sans les amoindrir au point de vue orthopédique, ou au point de vue esthétique, et nous n'aurons plus ces infirmités qui, au lieu de faire apprécier la vie, la rendaient à charge à ceux qu'on avait guéris à ce prix.

On a vu que pour la tuberculose sèche j'admettais dans quelques cas, très exceptionnels il est vrai, l'opération sanglante. Pour la tuberculose suppurée (abcès non ouvert) je n'admets les opérations sanglantes en aucun cas, dût cette opinion étonner beaucoup. Car c'est par raison d'économie de temps et d'argent que l'on peut, dans le premier cas, enlever un tuberculome dur en certaines régions. Mais, pour la tuberculose suppurée, on arrivera par les ponctions et les injections à une guérison non seulement plus sûre, mais aussi rapide sensiblement (en accordant bien entendu que dans certains cas exceptionnels l'opération sanglante peut guérir d'un coup une tuberculose suppurée très limitée.)

L'opération sanglante demandera au malade en mettant les choses au mieux de deux à trois se-

maines et la méthode conservatrice de trois à six semaines seulement...

La différence n'est donc pas suffisante pour que, l'on doive rejeter celle-ci pour celle-là lorsque la méthode conservatrice l'emporte à tous les autres points de vue.

Nous étudierons longuement dans le chapitre IV *le Traitement des abcès froids*, la technique très délicate qui nous permet de les guérir à tous coups, qu'il s'agisse d'abcès froids essentiels ou d'abcès froids symptomatiques d'une lésion osseuse ou articulaire.

Nous renvoyons à ce chapitre pour les détails; car nous n'avons voulu donner ici que quelques indications d'ordre général sur le traitement de la tuberculose suppurée.

Il nous reste à dire un mot de la troisième forme clinique de la tuberculose externe.

3°) *La tuberculose avec abcès ouvert ou fistuleuse.* — Celle-ci est très grave et contre elle, nous l'avons déjà dit, nos méthodes thérapeutiques seront souvent en défaut, quelles que soient notre habileté chirurgicale ou notre antisepsie.

La déduction qui s'impose c'est que nous devons tout faire pour éviter les fistules. Or il est en notre pouvoir de les prévenir.

Ainsi donc, il nous est permis de faire ici cette double constatation consolante : 1° Que si nous ne pouvons pas et ne pourrons jamais empêcher

l'éclosion de la tuberculose sèche, ni même de la tuberculose suppurée (les abcès pouvant apparaître à Berck comme ailleurs, quoique peut-être dans une moindre proportion), par contre nous sommes tout puissants pour guérir l'une et l'autre de ces deux formes de la tuberculose.

2° Que si nous ne pouvons pas guérir dans bon nombre de cas (coxalgie et mal de Pott, par exemple) la tuberculose fistuleuse, nous pouvons par contre l'empêcher de se produire.

Car les fistules sont toujours la conséquence d'une faute thérapeutique : de la part des médecins qui ont péché par ignorance en ouvrant les tuberculoses suppurées ou en ne sachant pas empêcher cette ouverture — ou par négligence, laissant se produire l'ouverture spontanée ; ou bien de la part des parents qui, eux, ont péché à la fois par ignorance et par négligence, ne conduisant leur enfant au médecin que lorsque l'ouverture s'était produite ou lorsque celle-ci était imminente et inévitable. Nous verrons en étudiant dans le chapitre suivant le traitement de l'abcès froid, combien exceptionnellement elle sera inévitable pour un médecin instruit et expérimenté, et nous indiquerons les moyens si efficaces que nous possédons d'éviter cette ouverture quelle que soit la modalité de l'abcès froid.

Ici nous supposerons la fistule déjà produite et bien établie.

Parfois elle est de date récente, elle s'est faite seule par l'ouverture spontanée d'un abcès froid, elle communique avec le foyer tuberculeux par un trajet plus ou moins irrégulier comparable à celui qu'on suivait dans les anciennes ténotomies et *elle n'est pas encore infectée.*

1[er] *cas. — Si elle n'est pas encore infectée*, si elle ne renferme pas d'autres microbes que le bacille tuberculeux, elle sera généralement assez facile à guérir par des injections modificatrices, surtout si l'on peut maintenir dans la cavité (sans les voir s'écouler immédiatement), d'une injection à la suivante, les liquides introduits.

Dans ce cas, à part cette difficulté technique que nous étudierons dans le chapitre suivant, on est sensiblement dans les mêmes conditions que s'il s'agissait d'un abcès froid fermé, et l'on arrivera comme pour celui-ci, dans l'espace de 3 ou 4 semaines, à guérir cette fistule. Nous y sommes arrivé plusieurs fois en divers points du corps et même pour des fistules de coxalgies de formation récente (datant de quelques semaines ou même de quelques mois) ; mais pour des fistules de mal de Pott, presque jamais, celles-ci s'infectant, en effet, bien plus vite que toutes les autres.

2[me] *cas. — La fistule est infectée.* — Le trajet renferme non seulement des bacilles, mais encore des streptocoques ou des staphylocoques, ce qui

est le cas de beaucoup le plus fréquent, le cas presque constant.

La difficulté de la guérison est ici toute autre que dans le cas précédent, et elle est bien différente, on le conçoit, suivant qu'il s'agit d'un foyer qui est bien nettement accessible et qu'on peut extirper méthodiquement et sûrement ou suivant que l'on se trouve dans l'impossibilité d'enlever, au bistouri, avec certitude, la totalité des tissus infectés.

On fait dans tous les cas des injections dans les trajets fistuleux avec des liquides modificateurs de la tuberculose et avec les divers antiseptiques connus.

Si la guérison tarde, qu'avec le bistouri l'on enlève tout, si l'on sent d'avance qu'on y peut arriver sûrement et si l'on peut faire cette extirpation sans causer une trop grande mutilation, ou bien en ne causant qu'une mutilation dont on a bien pris son parti d'avance après de mûres réflexions.

Il en est ainsi, par exemple, pour une fistule conduisant à une adénite, à une tuberculose des tissus mous ou même d'une jointure ou d'un os de la périphérie des membres, c'est-à-dire d'une région très accessible.

Au contraire, s'il s'agit des fistules de la coxalgie ou du mal de Pott, les méthodes conservatrices restent les seules acceptables, parce qu'il n'est plus permis ici d'espérer que l'on pourra arriver à l'ablation de tous les tissus infectés, même au

prix des plus grands sacrifices et des plus grandes mutilations. Nous en reparlerons à l'occasion du traitement de ces deux maladies.

Pour le membre supérieur en entier et les deux segments périphériques (pied et jambe) du membre inférieur il reste comme ressource suprême, l'ultima ratio, soit l'amputation de la cuisse, soit l'amputation interscapulo-thoracique.

Notre thérapeutique, on le voit, est plus vague dans ses indications, plus infidèle dans ses résultats lorsque nous sommes en présence de la tuberculose fistuleuse.

Mais je ne voudrais pas que le lecteur pût penser que nous sommes désarmés, ou même que les méthodes conservatrices n'ont plus de valeur ici. Bien au contraire, elles sont encore ici les plus efficaces et souvent elles nous conduisent à des résultats merveilleux. Nous le montrerons pour le traitement de chaque maladie en particulier ; mais dès maintenant je veux, pour montrer ce que peuvent dans les plus mauvais cas les méthodes conservatrices avec leurs ressources actuelles tirées de l'antisepsie et des injections modificatrices, je veux rapporter le fait suivant très instructif, je crois :

C'est le cas (bien connu à Berck) d'un jeune homme de 32 ans qui depuis 21 ans, vous lisez bien, depuis l'âge de 11 ans, portait un immense foyer tuberculeux ayant envahi progressivement la jambe gauche et le pied correspondant.

Les os étaient malades depuis la partie moyenne de la jambe jusqu'aux orteils. Sur cette large surface s'ouvraient onze fistules, au moment où je l'ai vu pour la première fois.

L'on se demandera comment il avait pu vivre 21 ans avec une tuberculose osseuse aussi étendue, comment cette tuberculose n'avait pas envahi les viscères. Ceci prouve une fois de plus que la tuberculose externe, même lorsqu'elle frappe les os, n'est pas aussi maligne par elle-même qu'on le croit généralement, et qu'il s'écoule parfois un espace de temps d'une durée invraisemblable *a priori,* sans qu'elle atteigne l'organisme entier, ce qui montre encore qu'il n'est pas permis de la comparer à la pustule maligne ou du cancer.

Je reviens à l'histoire de mon malade :

L'écoulement qui se faisait par toutes ces fistules était devenu plus abondant depuis quelque temps; le repos forcé dans une habitation de Paris, l'inappétence, l'abondance de la suppuration avaient affaibli ce malade d'une manière inquiétante, si bien que les chirurgiens de Paris qu'il avait consultés avaient été tous unanimes à considérer que le seul moyen qui restait de sauver cette existence si menacée était de sacrifier la jambe.

Le danger était immédiat et pressant. Encore 8 jours d'attente, lui avait-on déclaré, et il serait trop tard ; l'on prit date avec la famille pour la sanglante opération : ce serait le mardi.

Le lundi soir, une parente assez éloignée du jeune homme me supplie par une longue dépêche de venir de Berck pour donner à mon tour mon avis. J'arrivai dans la nuit du lundi, à une heure du matin, chez le malade.

Conséquent avec moi-même, fidèle aux méthodes que je suis dans le traitement de la tuberculose externe, je fus d'avis, contre tous mes collègues, de ne pas consentir au sacrifice de la jambe avant d'avoir tenté sérieusement, patiemment, longuement, la conservation de ce membre condamné par tous les chirurgiens et dont un médecin radiographe consulté à son tour avait dit quelques jours auparavant. « Ce n'est plus de la substance osseuse que vous avez dans la jambe et le pied, c'est de la gélatine et de la bouillie ! »

Je consentais à me charger de cette tentative de conservation qui devait être, pour avoir une petite chance de réussir, très laborieuse, très attentive, très longue : il s'agissait probablement de faire chaque jour ou à peu près, des injections modificatrices dans tous ces trajets fistuleux et cela devait durer 6 mois au minimum, peut-être un an et plus, et je concluais en disant : Si dans un délai moral que nous nous serions fixé à nous-mêmes, après 10 ou 12 mois, par exemple, d'un traitement pareil, l'on n'arrivait pas à un résultat satisfaisant, je souscrirais à l'amputation, mais pas avant.

Je promettais, au surplus, qu'en attendant, nous ne perdrions rien ; que l'état général serait plutôt amélioré qu'amoindri par ces injections modificatrices, et que si le sacrifice du membre devait se faire après ces efforts si persévérants, le malade aurait une force de résistance physique plus grande qu'à l'heure actuelle, en plus de la certitude par lui acquise, qu'il s'agissait d'un sacrifice absolument nécessaire que rien décidément ne pouvait éviter !

Les parents les plus proches, très sceptiques on le conçoit, ne furent que médiocrement satisfaits d'une pareille déclaration ; qui allait retarder ou même compromettre la guérison que seule l'amputation pouvait amener, à leurs yeux comme aux yeux de tous les autres médecins ; ils me prièrent d'écrire cet avis, ce que je fis dans les mêmes termes. . . .

— Je sais bien que vous n'en tiendrez aucun compte, dis-je à la famille en partant, vous devez logiquement suivre l'avis contraire de mes collègues qui sont le nombre et l'autorité ; mais je ne pouvais cependant pas vous exprimer un sentiment qui ne serait pas le mien.

Moi parti, voilà que le malade se raccrocha si désespérément à cette planche de salut, qui lui permettait si non d'éviter, de reculer tout au moins l'amputation tant redoutée, qu'il eut raison de la résistance de ses parents.

Il se fit transporter à Berck le surlendemain,

condamné dans sa détermination par tous mes collègues et même par sa famille.

Je ne pouvais pas, je ne voulais pas me dérober et je commençai le jour même le traitement dont j'avais parlé.

Après avoir antiseptisé de mon mieux tous ces trajets, j'ai essayé de les modifier par des injections presque quotidiennes, j'ai épuisé la gamme de tous les liquides modificateurs connus : la teinture d'iode, le naphtol camphré, la glycérine iodoformée, l'eau de mer bouillie, le chlorure de zinc au 50e, la teinture d'aloës, la liqueur de Villatte ; mais j'avais beau faire, les fistules étaient trop larges, je ne parvenais pas à maintenir dans les trajets trop largement béants le liquide injecté ; et après 5 mois je dus reconnaître que je n'étais guère plus avancé que le premier jour.

Mais l'état général s'était remonté manifestement depuis le début de ce traitement. Or c'est tout ce que j'avais promis en réalité...

Je continuai cependant le traitement local, encore et toujours poussé par le malade lui-même, et je repris patiemment les injections quotidiennes ou bi-quotidiennes.

Dois-je dire ici combien souvent s'est présentée à mon esprit cette reflexion, combien souvent je me suis dit dans mon for intérieur, que le chirurgien qui voulait couper cette jambe, aurait mis 10 ou même 5 minutes à faire une opération

radicale, brillante, presque glorieuse et que j'avais déjà mis deux cents fois plus de temps à faire un traitement fastidieux, très pénible et qui n'éviterait peut-être pas d'en venir à la fâcheuse extrémité que j'avais voulu conjurer !... Mais le désir du malade de guérir sans mutilation était si grand que je m'entêtais encore, soutenu aussi et surtout, je dois le dire, par ce sentiment que s'il s'était agi de moi, j'aurais voulu qu'on fît ce que je faisais pour lui !

Nous étions au septième mois de ces pansements quotidiens, lorsque je crus voir une certaine amélioration locale se dessiner. — Au huitième mois, en effet, deux fistules sur onze s'étaient fermées ; au neuvième mois, une autre se cicatrisait, le mois suivant quatre, puis encore trois.

Au dixième mois et demi il n'en restait qu'une. Dès ce moment j'étais assuré de conduire le malade à la guérison. Celle-ci fut obtenue onze mois après le début du traitement.

La guérison est complète, définitive, elle dure depuis plus de 2 ans.

Depuis plus de 2 ans ce malade vaque à un travail fatigant ; va et vient avec son pied qui, massé depuis, a recouvré non seulement de la force, mais encore de la souplesse, avec ce pied et cette jambe dont le médecin radiographe avait dit, la veille du jour fixé pour l'amputation, on ne l'a pas oublié : Ce n'est plus des os que vous avez là, c'est de la bouillie !

J'ai voulu simplement, par cet exemple, montrer ce que la patience, ce que la foi qui ne se lasse

pas un seul instant pendant de longs mois, peuvent accomplir dans le traitement des tuberculoses fistuleuses.

Mais je ne puis m'empêcher de revenir ici sur cette réflexion : C'est qu'il y aura toujours infiniment moins de gloire à guérir ainsi son malade qu'à le guérir par une amputation brillante, expéditive, nette, qui vous vaudra dans l'esprit du malade et de la famille le renom de grand opérateur au brio et au tour de main incomparables, tandis que je suis arrivé au but par des pansements fastidieux, pénibles, sans pouvoir montrer la moindre maëstria. Il est vrai que mon malade a conservé sa jambe...

Mais pourquoi donc avons-nous dit que les tuberculoses suppurées fistuleuses, ne guérissaient pas autrefois?

Parce qu'on laissait trop souvent l'infection septique gagner les viscères et que dès que les néphrites et les dégénérescences viscérales étaient produites, la bataille était perdue, le malade devait succomber. Or ces dégénérescences surviennent assez rapidement dans la coxalgie et le mal de Pott, à cause de la difficulté d'assurer une antisepsie parfaite, d'empêcher les rétentions du pus et les putréfactions dans des trajets aussi tortueux et aussi étendus.

Et si les vieilles fistules du mal de Pott doivent être considérées comme incurables, c'est parce que l'on est assuré moralement d'avance qu'après un certain temps elles s'accompagneront

presque toujours de ces dégénérescences viscérales irrémédiables.

Lorsque je suis arrivé dans les hôpitaux de Berck, il y a 10 ans, prenant les services chirurgicaux de Cazin, j'ai trouvé ainsi une salle toute remplie de malades porteurs de ces tuberculoses fistuleuses avec de l'albuminurie et des ventres volumineux témoignant de la dégénérescence du foie et de la rate ; c'était une septicémie lente, chronique, qui les avait conduits là.

Et comment veut-on que, tôt ou tard, l'on ne commette pas des fautes d'antisepsie dans les pansements de ces fistules qui ne veulent plus se fermer !...

Il est un avantage encore à guérir nos malades sans opérations sanglantes (la ponction n'est pas une véritable opération) c'est de ne pas causer d'innoculations tuberculeuses dans des parties saines du corps, ni de généralisation ; car quoi qu'on en ait dit lorsqu'on porte le bistouri ou la curette dans un foyer tuberculeux, on sème des bacilles sur les surfaces cruentées et on prépare des infections tuberculeuses sur le cerveau et les poumons.

Sans compter que si l'on agit sur une tuberculose ouverte, par conséquent renfermant presque toujours des microbes septiques, on les fait entrer également dans le torrent circulatoire.

Et beaucoup de méningites ou de broncho-pneumonies infectieuses survenues chez des tuberculeux opérés, ne reconnaissent pas d'autre cause que

cette inoculation produite au moment de l'acte opératoire et par la main du chirurgien.

Voilà mon sentiment motivé par des faits nombreux. Je sais bien que les chirurgiens qui opèrent leurs tuberculoses externes interprèteront autrement ces faits. — Il en est qui iront plus loin, me retournant l'argument et soutenant qu'il y a un grand intérêt à chercher à débarrasser, d'un coup, par une opération, les tuberculeux du bacille et de ses produits pour éviter la généralisation qui menace constamment les individus porteurs d'un foyer tuberculeux en n'importe quelle partie du corps. — Je répondrai que lorsque l'on ne fait pas saigner la paroi des foyers tuberculeux, c'est-à-dire lorsqu'on n'ouvre pas de bouches absorbantes aux bacilles qu'elle renferme, la généralisation ne se produit presque jamais.

Tout ou moins, à Berck, je ne la vois presque jamais, pas une fois sur cinq cents peut-être.

Tout le monde connaît des enfants mal soignés ou pas soignés, qui sont restés porteurs de tumeurs blanches fermées et même ouvertes depuis cinq, dix ans, et chez qui la maladie est cependant restée locale.

Songez un instant à ces faits et vous verrez :

1° Que le danger de généralisation est bien petit.

2° Quelle erreur c'était de comparer le tubercule au cancer qui envahit si rapidement l'organisme entier.

Je finis ce chapitre trop long, mais qu'il était

cependant indispensable de développer, sur les considérations générales se rapportant à l'évolution de la tuberculose : considérations dont nous pourrons tirer des indications thérapeutiques pour chaque cas particulier.

Je puis résumer ce chapitre en ces quelques lignes :

1° Les tuberculoses locales sont des maladies toujours curables tant qu'elles ne se compliquent pas d'infections secondaires.

2° L'on n'ouvrira donc jamais la porte à ces infections secondaires et pour cela l'on n'ouvrira jamais au bistouri les foyers tuberculeux, car dans ce cas, tôt ou tard, quoiqu'on fasse, ces foyers ouverts s'infecteront.

3° La thérapeutique que nous préconisons n'est pas celle du ne rien faire; notre thérapeutique sera au contraire très active. Elle consistera à attaquer le mal chaque fois que nous pourrons atteindre sûrement le foyer tuberculeux, et c'est non seulement possible mais facile, dans le cas d'abcès froid reconnu ; à modifier le foyer en y introduisant à l'aide de très fines aiguilles des liquides modificateurs de la tuberculose.

4° Cette thérapeutique a deux avantages : le premier de guérir plus souvent et dans un temps généralement plus court, — le deuxième c'est de ne supprimer que le mal, de laisser intactes non seulement toutes les parties saines voisines de l'or-

gane malade, mais de celui-ci même toute la charpente, c'est-à-dire de ne pas mutiler les malades, de procurer les guérisons orthopédiques et esthétiques les meilleures qu'il est possible de souhaiter.

En un mot, notre thérapeutique guérit toujours, elle guérit intégralement bien souvent, tandis que tous les autres traitements tuent souvent et mutilent toujours.

Resterait à examiner la nature et les vertus des liquides modificateurs que nous emploierons pour guérir nos tuberculoses.

Je serai bref sur ce point.

Tous les liquides sont bons ; je ne discuterai pas là-dessus, mais sur la manière de s'en servir.

Il existe une liste très longue de vingt liquides modificateurs au moins, qui tous conduisent au résultat si l'on sait s'en servir. Vingt liquides modificateurs ! c'est beaucoup trop, direz-vous, et cela prouve qu'il n'y en a pas un seul absolument bon.

C'est vrai, il n'en est pas un qui réussisse dans tous les cas. Mais dès que l'on voit que celui qu'on aime le mieux ne réussit pas assez tôt chez tel malade, l'on en emploie un second ou un troisième et l'on arrive ainsi à la guérison.

Cette remarque s'applique aux deux liquides les plus employés : l'éther iodoformé et le naphtol camphré. Telle tuberculose, tel abcès froid cède mieux à l'éther iodoformé, mais si l'éther ne

réussit pas presque immédiatement, employez le naphtol camphré qui vous donnera la guérison.

Avec ces deux liquides, je veux mentionner l'eau oxygénée, la glycérine formolée au 1/100, le chlorure de zinc au 1/50, la glycérine iodoformée, la teinture d'iode au 1/3, l'essence de terébenthine au 1/4, la liqueur de Villatte, les essences de girofle ou de thym, la teinture d'aloës très étendue, le sulfate de zinc en solution au 1/50. Nous avons essayé tous ces liquides et d'autres encore et avec tous nous avons obtenu des guérisons.

M. Lannelongue emploie le chlorure de zinc, je ne discuterai pas sur la nature du liquide, malgré que sa solution de chlorure de zinc au 10e soit beaucoup trop douloureuse et d'un emploi pratique impossible, mais je discuterai sur sa manière de l'employer. M. Lannelongue dit bien qu'il ne porte pas sa solution dans le foyer tuberculeux, mais autour; elle produit autour de ce foyer une barrière qui enferme le bacille « dans un silence de mort.»

Mais cela ne s'est pas vérifié, le foyer progresse très souvent et dépasse les barrières qu'on voulait lui opposer.

Avouez que c'est au moins une idée singulière de ne pas mettre le liquide là où est le mal. Qu'on mette donc le remède en contact avec la lésion. — Si c'est un abcès froid, au lieu de le mettre autour, mettez-le dans la cavité ; si c'est une tumeur blanche du genou, au lieu de le mettre sur le

pourtour de la rotule, mettez-le dans la cavité articulaire.

Dans la tumeur blanche du genou il y a des fongosités tout aussi bien en arrière qu'en avant ; comment voulez-vous que des piqûres faites en avant et si loin des lésions puissent modifier les fongosités du jarret, par exemple.

Au lieu qu'en mettant le liquide modificateur dans la grande cavité articulaire malade, il atteindra sûrement et pourra modifier tous les points. C'est de la logique élémentaire.

La technique est donc la chose la plus importante, dans l'emploi des liquides modificateurs de la tuberculose.

Quant à leur valeur intrinsèque, il en est deux surtout, déjà mentionnés, qui se disputent la faveur des chirurgiens.

1° L'éther iodoformé à 10 0/0 bien meilleur, pour le dire en passant, que la glycérine iodoformée à cause de la tension de l'éther quelquefois un peu douloureuse, c'est vrai, mais qui a une valeur curative très grande ; et cet avantage, fait plus que compenser, ce petit inconvénient.

2° Le naphtol camphré.

Celui-ci est dangereux si on l'injecte dans un tissu qui va l'absorber immédiatement ; comme par exemple dans le tissu cellulaire sain (à la façon d'une piqûre de morphine), ou dans une cavité articulaire serrée et où l'absorption est encore très

active, la modification morbide de la paroi n'étant pas encore très profonde, parce que la maladie articulaire est encore à son début.

Mais injecté dans une cavité d'abcès froid ou dans une cavité articulaire préalablement agrandie par un épanchement purulent ou par l'action d'un autre liquide, le naphtol n'est pas dangereux.

Si donc l'on s'en sert avec précaution, l'on pourra en user et j'y tiens pour mon compte, parce que j'ai vu des lésions tuberculeuses qui résistaient à l'éther iodoformé et que le naphtol camphré guérissait.

Un de mes assistants a montré qu'on peut mélanger parfaitement ces deux liquides et c'est de ce mélange généralement à parties égales d'éther iodoformé et de naphtol camphré que je me sers le plus souvent, ayant cru lui découvrir une efficacité plus grande qu'à tous les autres liquides employés séparément.

Dans les cavités articulaires, comme je le disais plus haut, je prépare le terrain aux injections de ce mélange en faisant quelques injections préalables avec la solution de chlorure de zinc au 1/50.

Une solution de chlorure de zinc à ce titre n'est pas douloureuse (tandis que les injections avec la solution au 1/10 nécessitent l'emploi du chloroforme); et ce chlorure au 1/50 conserve cependant une efficacité très suffisante au point de vue pratique.....

CHAPITRE IV

Abcès froid

Sommaire : La manière dont il traite les abcès froids est la pierre de touche qui permet de juger le chirurgien appelé à traiter les tuberculoses externes.

Car l'abcès froid c'est toute la tuberculose externe sous la forme suppurée : c'est-à-dire sous la seule forme qui appelle l'intervention active du chirurgien.

L'abcès froid, avons-nous dit, c'est la tuberculose suppurée quel que soit l'organe primitivement atteint.

La chose est évidente lorsque le tubercule est né et s'est développé dans les tissus mous.

Mais c'est encore rigoureusement vrai pour la tuberculose qui a son point de départ dans les organes profonds, os ou jointure. L'abcès froid de la coxalgie ou du mal de Pott n'est en réalité que le prolongement du foyer profond, qu'un diverticule ou si l'on veut une « extériorisation » de ce foyer.

Le chirurgien qui ouvre l'abcès froid de la coxalgie ou du mal de Pott va donc ouvrir le foyer tuberculeux de la hanche et des vertèbres.

La conduite à tenir en présence d'un abcès froid est identique dans tous les cas, qu'il s'agisse d'un abcès froid essentiel, ou d'un abcès froid symptomatique.

Il y a trois traitements de l'abcès froid :

1° L'extirpation sanglante : à repousser, parce que trop souvent, elle ne guérit pas et que par contre elle amène toujours des dégats considérables.

2° L'abstention, qui escompte la résortion spontanée de l'abcès. Cette attitude est préférable à la précédente, mais moins bonne que la suivante.

3° Le traitement par les ponctions et les injections modificatrices qui guérit sûrement, qui guérit vite, qui guérit sans mutilation.

C'est parce que la guérison est beaucoup plus assurée ainsi et qu'en traitant l'abcès on peut agir très favorablement sur le foyer profond (os ou jointure) d'où vient l'abcès, que le traitement actif par les injections est bien préférable à l'abstention — tout au moins dans les cas où l'abcès froid est facilement accessible.

Il n'y a pas un seul cas où l'ouverture de l'abcès s'impose (à moins qu'il n'existe une fièvre persistante trahissant une infection surajoutée).

Lorsque la peau est rouge et que cette ouverture paraît inévitable à tous, on peut encore l'éviter à peu près toujours par des ponctions évacuatrices fréquentes faites pendant quelques jours sans injections consécutives, mais ce traitement demande en ce cas une grande minutie et une grande dépense de temps.

Il est même bon nombre de cas où l'ouverture étant produite, on peut encore employer cette méthode des ponctions et des injections: c'est lorsque l'ouverture est petite et qu'une infection secondaire n'a pas encore pu se faire.

Il suffit, pour que la guérison se fasse, qu'on trouve le moyen de conserver le liquide modificateur dans la cavité, d'une injection à l'autre...

C'est uniquement dans le cas ou l'abcès est le siège d'une infection secondaire (par une faute d'antisepsie généralement commise en faisant une ponction ou une injection) que son ouverture s'impose. Il faut même ne pas trop retarder dans ce cas, l'ouverture du foyer; cette infection secondaire amènerait sans cela des dégénérescences viscérales.

On traitera ensuite ces fistules par des pansements et des injections de liquides antiseptiques et modificateurs.

En résumé, il ne faut jamais ouvrir les abcès froids essentiels ou symptomatiques.

Et cependant tous les jours des centaines de médecins, sous mille prétextes dont aucun n'a de valeur réelle, ouvrent les abcès froids.

Du fait de cet ouverture, la situation de leur malade est très aggravée.

A côté de ceux-là, il est heureusement quelques autres médecins — trop rares — qui non seulement n'ouvrent pas les abcès froids, mais encore savent profiter de l'existence de ces cavités pour y porter des liquides modificateurs, qui vont de là atteindre et guérir la source première (os ou jointure) d'où vient l'abcès.

Ces derniers médecins, loin d'aggraver la situation du malade, l'ont guéri, non seulement de son abcès, mais très souvent de la maladie des os ou des articulations qui avaient engendré l'abcès.

On est donc autorisé à dire que la date d'apparition de l'abcès est une date néfaste pour les malades soignés par les premiers et une date plutôt heureuse pour les malades soignés par les deuxièmes.

Le traitement chirurgical de la tuberculose tout entière se ramène au traitement de l'abcès froid.

Tant que la tuberculose reste sèche, tous les chirurgiens sont d'accord pour attendre du repos et d'un bon traitement général la guérison du malade et pour s'abstenir d'une intervention active que rien n'impose.

Dès qu'elle passe à la suppuration, c'est-à-dire dès qu'apparaît l'abcès froid, le chirurgien a la main forcée par l'acheminement de la collection purulente vers la peau.

Or voilà qu'ici les chirurgiens ne s'entendent plus.

Un chirurgien d'enfants d'un hôpital de Paris, disait récemment à ses collègues de la Société de chirurgie : il n'y en a pas un parmi nous qui ne soit d'avis d'ouvrir les abcès froid.

Il exagérait. — Il est heureusement quelques chirurgiens pour estimer que cette manière de faire est la plus fâcheuse ; ceux-là prenant le contre-pied de l'attitude de ce praticien diront hautement : Il n'est pas un abcès froid qu'on doive ouvrir. Ouvrir un abcès froid c'est commettre une faute grave, souvent irréparable.

La manière dont tel chirurgien va traiter l'abcès froid est donc la pierre de touche qui permet de dire s'il saura ou ne saura pas guérir ses tuberculoses.

Car, il s'agit ici de la tuberculose externe tout entière.

L'abcès froid c'est la tuberculose suppurée, quelque soit l'organe primitivement atteint.

La chose est évidente lorsque le tubercule est né et s'est développé dans les tissus mous.

Mais c'est encore rigoureusement vrai pour la tuberculose qui a son point de départ dans les organes profonds : os ou jointure. L'abcès froid de la coxalgie ou du mal de Pott n'est en réalité que le prolongement du foyer profond, qu'un diverticule, ou si l'on veut une « extériorisation » de ce foyer.

Le chirurgien qui ouvre l'abcès froid de la coxalgie ou du mal de Pott va donc ouvrir le foyer tuberculeux de la hanche ou des vertèbres.

Celui qui guérit cet abcès froid va guérir ou tout au moins modifier très favorablement le foyer osseux ou articulaire.

L'abcès froid c'est donc *toute* la tuberculose externe sous la forme suppurée.

Nous retrouverons l'abcès froid, en étudiant la tuberculose de chacun des organes superficiels ou profonds (glande lymphatique ou os) primitivement atteints. Mais la composition histologique et microbiologique de l'abcès froid qu'ils ont produit reste identique, et la même thérapeutique conduit à la guérison dans tous les cas : double raison pour laquelle nous avons voulu indiquer ici le traitement général de l'abcès froid.

Le chirurgien qui saura guérir un abcès froid de la partie moyenne de la cuisse à point de départ sous-cutané, saura également guérir cet abcès froid lorsqu'il reconnaîtra une autre origine et aussi tous les abcès froids accessibles qui pourront se produire dans n'importe quelle partie du corps, sous la dépendance de n'importe quelle lésion primitive.

En d'autres termes, si nous supposons un abcès froid de la partie moyenne de la cuisse, il importe peu au point de vue thérapeutique que cet abcès soit produit par la fonte d'un tuberculome du tissu cellulaire sous-cutané, ou bien par une lésion du fémur ou par une tumeur blanche du genou ou

par une coxalgie, ou même par une lésion de l'os iliaque ou un mal de Pott — car l'abcès froid de la cuisse peut avoir ces six différentes origines...

Il n'est donc pas deux traitements de l'abcès froid, suivant qu'il est « essentiel » ou « symptomatique. »

Je voyais, il y a quelques mois, un enfant atteint d'ostéite de la malléole péronière avec un abcès froid consécutif.

Dès que l'abcès devint appréciable, on s'en alla consulter un grand chirurgien, lui demandant s'il ne pourrait pas avoir raison de cet abcès sans opération sanglante. — « Impossible, dit-il ; s'il s'agissait d'un simple abcès froid, cela se pourrait à la rigueur ; mais ici, sous cet abcès, se trouve un os malade ; il ne suffit plus en pareil cas de traiter l'abcès, il faut aller à la recherche du point osseux malade et l'extirper. »

Les parents cédèrent devant ce raisonnement qui leur paraissait irréfutable. — L'enfant fut opéré ; le grand chirurgien enleva la malléole externe.

La plaie opératoire ne s'est pas encore fermée. L'enfant conserve une fistule osseuse que je traite patiemment et courageusement par des injections modificatrices qui durent depuis plusieurs mois et qui peuvent durer encore, avant d'arriver à la fermeture, six mois, un an et plus ; je ne peux rien préciser à cet égard.

Or, je puis dire (et personne ne me démentira après avoir lu les chapitres précédents) que si cet enfant s'était présenté à nous dans l'état où il s'est présenté à ce grand chirurgien, c'est-à-dire avec un abcès froid fermé, bien que cet abcès fût symptomatique d'une lésion du péroné, il aurait guéri en quatre à huit semaines de son abcès et de sa lésion osseuse, sans opération sanglante.

Tandis que l'opération sanglante ne l'a pas guéri (voilà plus de six mois qu'il est opéré, la fermeture se fera probablement attendre encore) et n'a eu qu'un résultat bien net : la suppression de la malléole externe, qui ne repoussera plus....

Une dame belge venait me consulter pour un abcès froid siégeant dans le bas des reins au niveau de la ligne de la crête iliaque.

Un autre grand chirurgien lui avait tenu le même raisonnement : « J'estime que cet abcès est sous la dépendance d'une lésion de la crête iliaque ; dans ce cas, les méthodes conservatrices ne vous guériraient pas. Il faut de toute nécessité — c'est de la logique élémentaire — aller enlever l'os malade pour supprimer la maladie entière et non pas supprimer simplement l'abcès froid. »

Cette malade vint me consulter avant l'ouverture. Je répondis en toute franchise à ses interrogations que le traitement non sanglant — par les

ponctions et les injections modificatrices — saurait la guérir, même dans le cas de lésion osseuse ; que ce traitement guérirait à la fois l'abcès et même l'os, et cela plus rapidement et plus sûrement que ne saurait le faire une intervention sanglante qui, elle, laissait trop de risques de ne pas enlever la totalité du mal et de laisser par conséquent une fistule. — L'exemple du malade précédent le démontre.

Cette dame se soumit à mon traitement ; 8 semaines après elle s'en retournait guérie, sans opération sanglante, bien entendu, et sa guérison est restée bien solide depuis plus de 3 ans que cela s'est passé.

Si nous donnons ces exemples, c'est pour mieux établir que lorsqu'un médecin se trouvera désormais devant un abcès froid il doit le traiter toujours de la même manière, que cet abcès soit « essentiel » ou « symptomatique ».

Ce traitement, le meilleur, le seul que nous conseillons, on le connaît déjà ; mais nous devons ici donner quelques conseils pratiques, pour celui qui voudrait l'appliquer.

Mais auparavant il nous faut dire un mot des autres traitements proposés en pareil cas.

1° Il est des chirurgiens qui s'abstiennent de toute thérapeutique active, escomptant la résorption de l'abcès.

Mais, cette attitude n'est soutenable que lorsque l'abcès froid ne menace pas la peau.

2° Les autres, la très grande majorité, ouvrent résolument au bistouri la cavité de l'abcès froid; parmi eux quelques-uns, à la première découverte de l'abcès, surtout lorsque celui-ci menace la peau, se hâtent d'ouvrir, pour éviter l'ouverture spontanée.

Mais la plupart, plus logiques, cherchent à supprimer la paroi active de l'abcès froid, soit en l'attaquant par sa périphérie comme une véritable tumeur et en recherchant la réunion par première intention, soit en l'attaquant par sa face interne à la curette tranchante et en bourrant la cavité de à gaze iodoformée.

3° Quelques uns les traitent par les ponctions suivies d'injections de liquides modificateurs laissés demeure.

Il y a donc 3 traitements : l'opération sanglante, l'abstention et le traitement par les ponctions suivies d'injections modificatrices.

Notre traitement n'est pas le traitement sanglant, à savoir : l'ouverture large de la poche, l'extirpation à la curette ou au bistouri de sa paroi active. Cette thérapeutique, qui est encore celle de la presque unanimité des chirurgiens, surtout à l'étranger, n'est pas la nôtre pour des raisons déjà données.

En premier lieu, c'est que si l'on n'enlève pas tous les tissus malades l'opération échoue, il reste une fistule.

Or, on n'est jamais sûr d'avoir tout enlevé, même en faisant de larges sacrifices, même en dépassant largement les limites visibles du mal, et l'on doit échouer par conséquent toujours lorsqu'il s'agit d'abcès froid symptomatique d'une lésion articulaire ou osseuse.

La deuxième raison, c'est qu'en mettant les choses au mieux l'on ne peut obtenir la guérison qu'en causant des dégâts toujours fâcheux.

Enfin, troisième considération : ces interventions sanglantes, longues et minutieuses, pour avoir des chances d'être efficaces, ne vont pas sûrement sans un certain risque d'inoculation tuberculeuse.

Lorsque l'on commence par ouvrir franchement la cavité et que l'on arrache ensuite fragments par fragments la paroi active, on fait saigner, c'est-à-dire qu'on ouvre des bouches absorbantes pour les bacilles tuberculeux et les produits toxiques mis en liberté par l'action de la curette ou du bistouri tranchant dans cette paroi infectée ; on a beau essayer d'empêcher ces inoculations en arrosant la plaie d'un jet d'eau continu (précaution qu'on ne prend d'ailleurs que très rarement dans la pratique courante) — même avec cette précaution je ne puis pas dire que tout danger soit conjuré — et lorsqu'on ne prend pas cette précaution, ce qui arrive trop souvent, il me semble que si l'on voulait réussir une inoculation tuber-

culeuse chez l'animal on ne s'y prendrait guère autrement.....

Cependant je ne vais pas jusqu'à condamner absolument et partout l'extirpation sanglante de l'abcès froid. — Il est telle région du corps où l'on peut la faire sans laisser de trace incommode et sans faire de dégâts apparents, et l'on peut ainsi, dans ce cas, gagner du temps certainement. Mais, il faut bien calculer son plan d'attaque, il ne faut faire cette extirpation que lorsqu'on est absolument sûr de la réussir ; il n'est pas permis d'échouer, car si vous échouez, s'il reste une fistule, votre malade est beaucoup plus mal après qu'avant l'intervention ; et lui que vous avez voulu guérir en dix jours mettra peut-être un an ou deux à guérir en ce cas. — Or il est si difficile d'avoir la certitude absolue que l'on n'échouera pas!...

2° Si le traitement sanglant n'a pas nos préférences, le traitement que nous recommandons n'est pas non plus l'abstention qui est soutenable, cependant, surtout à Berck, où la guérison spontanée n'est pas rare.

A tout prendre, j'aime encore mieux l'abstention que l'intervention sanglante, parce que, évidemment, l'on ne peut soutenir l'abstention et rester dans l'expectative que lorsque l'ouverture de l'abcès au dehors n'est pas menaçante.

Si l'ouverture, qui est le plus grand des maux, n'est pas à craindre, il est permis d'attendre

patiemment la guérison spontanée de l'abcès que le repos, la compression méthodique et assez énergique de l'abcès, la suralimentation et le séjour de Berck peuvent amener ici, comme dans le cas de tuberculose sèche, où nous ne faisons souvent que cela pour guérir notre malade et où nous arrivons cependant à cette guérison un peu plus tôt, un peu plus tard.

Pourquoi alors ne suis-je pas pour ce traitement, en règle générale? Le voici :

Il est très infidèle ; dans bien plus de la moitié des cas il échoue, il arrive donc que, généralement, il fait perdre beaucoup de temps inutilement.

Mais si je le repousse parce qu'il ne réussit pas généralement, je suis tenté de le repousser encore davantage parce qu'il réussit quelquefois. Qu'on veuille bien ne pas voir là une contradiction.

Oui, voilà que l'ennemi s'est présenté à nous sous une forme très saisissable, très vulnérable où nous pouvons le supprimer mathématiquement ou presque, en l'amenant, lui et ses produits, au dehors sans véritable opération et sans dégât, sans toucher à autre chose qu'au mal, en ménageant parfaitement les tissus sains et même la charpente des tissus malades. Nous avons tout cela et nous n'en profiterions pas?...

Nous laisserions cet abcès se résorber, c'est-à-dire revenir à l'état de tuberculome dur : cette

forme de tuberculose qui n'est déjà plus saisissable que par une véritable opération sanglante (et nous savons que celle-ci, outre qu'elle échoue souvent, amène toujours des sacrifices fâcheux !) et alors nous ne devons plus y toucher !...

Mais, si la lésion a guéri spontanément, ces guérisons spontanées peuvent ne pas être complètes — je serais tenté de dire, ne sont généralement pas complètes avant de longues années !. .

Il est si naturel de craindre pendant ces années qu'il ne reste dans ce résidu de l'abcès résorbé un ou plusieurs bacilles qui peuvent, après être restés si longtemps silencieux, se réveiller et donner une nouvelle manifestation locale de la tuberculose ou bien, ce qui est pis, aller coloniser au loin, aller donner, par exemple, une méningite 1 an, 2 ans, 3 ans après lorsque nous pensions que tout germe avait disparu de la profondeur des tissus et que la guérison de cette tuberculose locale était bien absolue et bien définitive.

C'est bien troublant — et j'avoue que si j'avais un abcès froid, j'aimerais mieux qu'on amenât au dehors, par des ponctions successives et des injections qui aident à la fonte et à la destruction des fongosités, qu'on amenât au dehors tous ces produits morbides parce que le résultat final est ainsi assuré tandis qu'il ne l'est pas également par la résorption spontanée.

Reste donc la 3e méthode : celle des ponctions

évacuatrices suivies d'injections, méthode déjà bien connue.

Celle-ci nous satisfait à tous les points de vue : Elle amène des guérisons aussi parfaites au moins pour le présent et pour l'avenir que l'extirpation large faite au delà des tissus malades et elle ne cause pas plus de dégâts que la résorption spontanée elle-même — elle ne laisse pas la moindre trace.

On sait en quoi elle consiste, mais beaucoup de médecins ne le savent que trop vaguement.

A côté des médecins qui n'ont jamais voulu de cette méthode, il y a ceux qui l'ont adoptée, mais qui n'ont pas su l'appliquer ; elle leur a donné tant de mécomptes qu'ils l'ont condamnée et abandonnée complètement — enfin il y en a qui ne l'appliquent qu'imparfaitement et n'en retirent dès lors qu'une petite partie des bénéfices qu'on est en droit d'en attendre.

Le grand péril qu'il faut conjurer à tout prix c'est l'ouverture de l'abcès.

Si l'asepsie n'est pas absolue, l'on infectera l'abcès et l'infection c'est l'ouverture à bref délai !...

Mais l'ouverture peut encore se produire malgré l'asepsie, si, par exemple, l'on se sert d'une aiguille trop grosse, si l'on pique toujours à la même place, si l'on injecte une trop grande quantité de liquide, et si l'on fait des injections trop rapprochées ou bien au contraire trop espacées.

Voici d'abord comment je fais lorsqu'il s'agit d'un abcès froid ordinaire.

Je fais l'anesthésie locale avec un tube de chlorure d'ethyle. — Je vide le foyer avec une aiguille n° 2 ou n° 3 de Collin et un petit aspirateur d'une contenance de 10 centimètres cubes (1). Entre l'aiguille et l'aspirateur se trouve une pièce métallique facile à stériliser ou un caoutchouc bien stérilisé et sacrifié chaque fois. — L'évacuation est favorisée par cette aspiration peu puissante et qui, par conséquent, ne fait pas saigner. L'évacuation finie, on ajuste directement à l'aiguille (on a mis de côté la pièce métallique intermédiaire en même temps que l'aspirateur), une petite seringue enfermant le liquide modificateur. On connaît la seringue en verre de Luër si facile à stériliser; chaque malade à la sienne conservée dans un bocal aseptique.

Ce liquide, avons-nous dit, est généralement un mélange à parties égales d'éther iodoformé et de naphtol camphré ou bien un mélange de 3/4 d'éther iodoformé et de 1/4 de naphtol camphré.

On peut injecter de ce mélange autant de grammes que le sujet compte d'années jusqu'à 20 ans : 20 grammes est la dose tolérée par un

(1) Tout le monde connaît le petit appareil Dieulafoy que nous avons fait construire par Collin pour ces ponctions évacuatrices que nous avons à pratiquer chaque jour.
Les aiguilles ont de 1 à 3 millimètres de diamètre.

adulte. Mais il vaut mieux n'injecter que la moitié de la dose ainsi déterminée ; c'est plus prudent.

Nous avons dit que lorsqu'on fait des injections modificatrices non plus dans une cavité d'abcès froid, mais en plein tuberculome, ou dans une cavité artificielle, il ne faut injecter que de l'éther iodoformé sans naphtol ; plus tard, lorsque le ramollissement est produit et la cavité bien constituée, l'on pourra injecter un mélange de 3/4 d'éther iodoformé et 1/4 de naphtol camphré.

L'on n'injecte donc, en règle générale, que quelques grammes de ce mélange dans la cavité de l'abcès froid, c'est cependant suffisant, d'autant qu'on répète ces ponctions et ces injections toutes les semaines ou même 2 fois par semaine, si l'on veut arriver rapidement à la guérison.

Après 6 à 10 ponctions, c'est-à-dire après 4 à 6 semaines, la paroi se trouve suffisamment modifiée — l'on ne retire plus qu'un liquide indifférent. On vide bien complètement la cavité une ou plusieurs fois sans faire d'injection consécutive. — Puis on exerce une méthodique et forte compression sur cet abcès avec des tampons d'ouate entre croisés et de longues bandes de flanelle, pour amener l'accollement de ces parois qu'on suppose aussi avivées par l'action du liquide modificateur qu'elles pourraient l'être par l'instrument tranchant, curette ou bistouri.

La guérison s'obtient toujours de cette façon entre mes mains ou entre les mains de mes internes.

Pour arriver à des résultats aussi constants, il faut avoir une très grande habitude de ce traitement ; je dois signaler aux médecins moins exercés quelques difficultés qui peuvent se présenter et qu'il faut connaître à l'avance pour en avoir raison.

1° L'aiguille doit être petite : n° 2 n° ou 3 de Collin, c'est 1 à 2 millim. de diamètre. L'on se sert généralement d'un trocart 3 ou 4 fois plus gros. — C'est une imprudence grave qui peut causer la persistance de l'ouverture, c'est-à-dire une fistule.

J'ai eu un interne qui se servait de préférence de l'aiguille n° 5 ou n° 6, jamais oblitérée par des grumeaux caséeux — il a eu plusieurs fistules. Je ne me sers plus que du 3 (quelquefois du 4). Le n° 2 suffit même, lorsque le contenu de l'abcès est très liquide.

Je sais bien que l'aiguille n° 3 est bouchée parfois par des grumeaux caséeux. Dans ce cas, l'on y pousse avec force quelques gouttes d'éther iodoformé qui rejetteront dans la cavité les débris qui obstruent l'orifice, et l'on voit l'écoulement du pus reprendre.

Je ne fais pas de grands lavages à la suite de la ponction pour ne pas risquer d'infecter mon malade, et pour ne pas prolonger la petite séance.

Si tout est prêt à l'avance, la durée de la ponction et de l'injection est d'une minute à peine. Laisser trop longtemps l'aiguille dans l'orifice

serait mauvais, celui-ci se fermera plus difficilement lorsque le contact de l'instrument aura été trop prolongé.

Donc, pour éviter l'ouverture, l'aiguille sera petite et l'intervention très courte.

Autre précaution à prendre pour cela : il ne faut pas piquer à chaque nouvelle ponction sur le même point — pour ménager la peau.

Enfin l'on n'injectera que très peu de liquide pour modérer la sécrétion parfois très abondante de la paroi qui se fait sous l'influence de l'action du liquide modificateur, en particulier du naphtol camphré ; cette réplétion excessive peut être une cause d'ouverture par l'orifice de la ponction. Lorsque la tension de la peau est trop grande, l'on fait une ponction évacuatrice sans injection consécutive ou bien encore on ne fait qu'une injection sur deux ponctions.

Après la ponction et l'injection on applique par dessus l'orifice un véritable pansement aseptique plutôt qu'une couche de collodion qui n'empêche pas toujours l'infection de l'orifice.

Les débutants voyant, après une ou plusieurs injections la peau tendue et peut-être déjà rougie, annonçant une ouverture imminente, croient la bataille perdue et cette ouverture inévitable. Ils s'y résignent et la laissent se faire spontanément ou bien donnent un coup de bistouri pour la provoquer eux-mêmes, pensant mieux sauvegarder

la peau que ne le fait l'ouverture spontanée. Et à qui leur parlera de la méthode désormais ils diront hardiment : « Je la connais, elle ne vaut rien, elle n'empêche pas l'ouverture. »

Quelle erreur ! Il me faut redire pour eux :

Généralement cette modification de la peau, rendant l'ouverture immédiatement menaçante, vient de la tension causée par le liquide, tension dont j'ai parlé plus haut ; mais, au lieu de renoncer à lutter, tenez donc la conduite suivante bien simple :

En un point non encore altéré de la peau, introduisez l'aiguille, videz la poche complétement ; ne faites pas d'injection et appliquez par dessus un pansement légèrement compressif à l'aide d'un ou plusieurs tampons...

Regardez-y une deuxième fois le jour même ; si le liquide s'est reproduit évacuez-le encore par le même orifice que précédemment, toujours sans injection consécutive. Et recommencez le lendemain et le surlendemain en vous résignant à voir votre malade 2 et 3 fois par jour jusqu'à ce que la peau qui était rouge et mince ait repris une consistance et une coloration sensiblement normales.

Lorsque je dis aux parents qui m'amènent un enfant porteur d'abcès froid : Hâtez-vous, si vous venez me voir avant que l'abcès ne soit ouvert, je réponds de tout ; si vous venez après, je ne ré-

ponds de rien, cela veut dire non seulement qu'il y a un abîme entre les tuberculoses ouvertes et les tuberculoses fermées, mais encore, que si l'ouverture n'est pas encore produite, lors même qu'elle paraîtrait inévitable aux parents et à leur médecin, je saurai l'éviter 99 fois sur 100. Mais dans ce cas où les parents m'ont averti que cette ouverture avait été considérée par tous les médecins comme absolument inévitable, j'attends le malade à son arrivée ; sans perdre une heure, je fais une ponction évacuatrice, non suivie d'injection bien entendu, et je fais souvent ce même jour 2 ou 3 ponctions (sans injections). Après avoir continué ce traitement pendant quelques jours, dans certains cas même 8 à 12 jours, cette peau s'est raffermie ; et dès lors, au 15e jour par exemple je me trouve en présence d'un abcès froid ordinaire que je guérirai en 4 semaines environ. — Dans ces cas où tout le monde vous pressera d'inciser, dirai-je aux médecins, vous n'en ferez rien, sachant bien que le mal que vous causeriez ainsi mettrait 1 an, 2 ans et plus à se réparer...

Malheureusement les médecins sont précisément les plus difficiles à convaincre de cela, et il arrive encore tous les jours que des médecins qui se déclarent partisans de la méthode des ponctions et des injections ouvrent les abcès froids.

Il n'y a pas très longtemps je recevais un malade qui venait de m'écrire pour m'annoncer

l'ouverture imminente de l'abcès. Je lui répondis de suite : « La peau est rouge et luisante, dites-vous, n'importe, ne laissez pas ouvrir l'abcès, accourez. — Si la peau n'est pas encore ouverte, quelque peu résistante qu'elle soit, si le pus n'est pas encore sorti, nous empêcherons l'ouverture. »

Eh bien, ce malade à qui j'avais écrit dans des termes aussi précis, est allé faire ses adieux à son médecin ordinaire en lui citant mes propres paroles, et son médecin lui a dit : « Très bien, mais il faut savoir interpréter la pensée de votre chirurgien de Berck ; il a raison d'une manière générale, mais il est tel cas où ses préceptes ne sont pas applicables, ainsi, par exemple, dans votre cas, je suis sûr qu'il ouvrirait lui-même. — Il est impossible de voyager avec cet abcès menaçant, et je vais l'ouvrir de suite ». Et ce chirurgien fait une large incision et, chose étrange, m'envoie le malade le jour même.

Or je suis convaincu que s'il n'y avait pas touché, le jeune homme venant de suite, l'ouverture aurait été évitée.

Je demande pardon de me citer. Je n'ai d'autre objectif en exposant des faits personnels que de faire pénétrer plus sûrement dans l'esprit des médecins mes indications qui resteraient lettre morte pour eux si elles leur étaient données sous une forme purement abstraite, générale, sans preuves cliniques à l'appui.

Ils diraient comme le médecin dont je viens de parler : Votre chirurgien de Berck a raison, mais il est des exceptions à la règle qu'il pose et le cas de votre enfant est une exception.

Eh bien ! non, il n'y a pas une seule exception !

Le succès dépend exclusivement du médecin ; parmi mes internes j'en ai eu qui ne savaient pas éviter toujours l'ouverture et d'autres qui y réussissaient dans tous les cas.

J'ai reçu, il y a six mois, à la villa Notre-Dame, un jeune fille avec un de ces abcès pour lequel mes internes interrogés et moi-même avions déclaré que l'ouverture était inévitable.

La peau répondant à l'abcès était mince et rouge avec au milieu une plaque des dimensions d'une pièce de 2 francs, couleur feuille morte, qui paraissait pour tous absolument dépourvue de moyens de nutrition. Et cependant j'ai espéré contre l'espérance même ; j'ai tenté la guérison sans ouverture.

Avec une fine aiguille j'ai vidé l'abcès, par l'intermédiaire d'un long canal, l'orifice étant fait sur la peau saine à 1 cent 1/2 en dehors de la peau malade, puis sans faire d'injection j'ai fait un pansement compressif 3 fois ce même jour de l'arrivée (donc toutes les 3 heures j'ai fait une évacuation nouvelle) ; puis encore très tard dans la nuit et très tôt le lendemain matin de nouvelles ponctions évacuatrices de manière à supprimer tout tiraillement sur cette peau déjà si peu vivante.

Pendant huit jours, je fis 3 ou au moins 2 ponctions chaque jour ; la plaque cutanée tenait toujours; au 10e jour, elle parut reprendre un peu de vitalité ; et 3 semaines après elle était sauvée.

Il ne faut donc jamais désespérer de sauver la peau, même la plus compromise et d'empêcher l'ouverture dans les cas où cette ouverture paraît le plus inévitable.

Il est capital d'éviter l'ouverture ; car l'ouverture c'est la non modification des produits tuberculeux, donc la non guérison, et c'est surtout l'infection possible.

Eh bien ! cette ouverture inévitable en pareil cas, d'après les auteurs classiques, j'estime, au contraire, qu'on peut l'éviter à peu près toujours — 99 fois sur 100. Mais pour cela il est nécessaire d'avoir le malade près de soi de manière à pouvoir le visiter 2 et 3 fois par jour au besoin.

Supposons un cas plus défavorable que ceux mentionnés plus haut ; non plus un cas où l'ouverture va se produire, mais le cas où elle vient de se faire. — Ici deux conditions fâcheuses compromettent la guérison : 1° l'infection peut se produire ; 2° le liquide modificateur ne reste pas en place.

Au lieu de dire avec tous les chirurgiens : il n'y a rien à tenter, l'extirpation complète au bistouri s'impose ; nous disons : il est possible, même en ce cas, d'arriver à la guérison presque toujours, pourvu que l'ouverture qui vient de se produire soit

très récente, pas encore trop grande et que l'abcès ne soit pas encore infecté.

Nous arriverons à la guérison si nous réussissons à tenir le liquide modificateur au contact de la paroi d'assez longs jours pour que cette paroi soit assainie. Il faut donc obturer l'orifice pour empêcher le liquide de s'écouler.

En pareil cas, il est deux manières d'arriver à la guérison.

La 1re, c'est de faire par l'orifice déjà produit une injection avec une seringue bien aseptique et un embout très fin qui ne distende pas cet orifice, une injection de 2 ou 3 grammes de naphtol camphré, par exemple, et d'oblitérer, immédiatement après, l'orifice avec un tampon d'ouate hydrophile stérilisée qui rentre vers l'intérieur les lèvres de cet orifice et le déprime de façon à empêcher l'écoulement du liquide introduit.

Tous les jours, on vide et on remplit à moitié avec une nouvelle injection la cavité de l'abcès froid et après 6, 8, 10 injections, malgré que peut-être l'orifice se soit pendant ce temps un peu agrandi, la paroi active de l'abcès froid est suffisamment modifiée et avivée pour que l'on puisse cesser les injections, accoler les 2 faces de la paroi par une compression faite à l'aide de petites lanières d'ouate hydrophile entrecroisées et panser à plat de manière à tenter l'accolement de la plaie, accolement qui est généralement obtenu.

Si on ne l'obtient pas, si, après la quinzaine pendant laquelle doit s'exercer cette compression, il reste un suintement, il faut recommencer une nouvelle série de 6, 8, 10 injections, en procédant de la même manière, et cette 2me série aura suffisamment modifié et avivé la paroi de l'abcès froid pour que l'accolement se produise cette fois.

Nous ajouterons que lorsque l'orifice est béant, que l'introduction de l'embout de la seringue et le contact du liquide irritant l'agrandissent trop largement pour que le liquide reste en place, il peut être utile d'interrompre un jour ou deux les injections après avoir vidé à fond la cavité ce qui permet à l'orifice de se rétrécir.

L'on voit, par ces quelques détails, combien il est difficile de donner des conseils pour tous les cas qui peuvent se présenter et que c'est une très grande expérience qui permet à tel chirurgien d'arriver à la guérison, là où d'autres échouent constamment ; je devrais dire plutôt : là où les autres n'essaient même pas de rechercher la guérison, considérant a *priori* la bataille comme perdue.

Il est une deuxième manière d'arriver à la guérison par les moyens conservateurs :

C'est d'injecter à l'aide d'une fine seringue le liquide dans un point éloigné de l'orifice et de chercher à amener la fermeture de celui-ci en appliquant et en maintenant constamment sur lui un tamponnet d'ouate hydrophile.

En dérivant et modifiant ainsi la voie d'écoulement du pus, pendant que l'on évite soigneusement toute tension de l'abcès, l'on arrive parfois à la fermeture de l'orifice spontané.

Je demande pardon d'entrer dans ces détails infimes. mais la guérison dépend de l'observance de ces minuties.

J'ajoute que ces pansements doivent être faits avec la plus rigoureuse asepsie du chirurgien, avec l'asepsie de la peau, des instruments, des liquides, des objets de pansement tout comme s'il s'agissait d'une laparotomie, pour éviter l'infection de l'abcès froid.

Car la guérison n'est possible par ces petits moyens que sur les abcès non infectés, c'est-à-dire ne renfermant d'autre microbe que celui de la tuberculose.

Beaucoup de chirurgiens vont dire, en lisant les lignes qui précèdent ; C'est prendre beaucoup de peine et passer beaucoup de temps pour arriver à la guérison, lorsque l'on pourrait par l'extirpation sanglante obtenir cette guérison en cinq minutes.

J'ai déjà répondu à cette remarque dans le chapitre des considérations générales, que par l'extirpation sanglante — procédé beaucoup plus expéditif, il est vrai — on ne guérit pas aussi sûrement et l'on mutile, et je n'admets l'extirpation, comme soutenable, que lorsqu'il s'agit d'un abcès froid

siégeant, sur un membre, dans une région très accessible où l'on a l'absolue certitude de pouvoir enlever la totalité des tissus touchés par le bacille et où l'importance de la cicatrice visible est nulle ou négligeable.

Il est encore un cas très exceptionnel, à la vérité, où elle peut être faite, celui d'un abcès très ancien où la paroi a pris la consistance et l'épaisseur d'une couenne scléreuse, presque cartilagineuse. Les ponctions assainissent cette paroi, mais n'en amènent pas l'accolement. L'ablation, à la curette ou au ciseau, de cette couenne amènera l'accolement et l'occlusion de la cavité.

2e *cas. — L'abcès est infecté.* — L'abcès est infecté, c'est-à-dire renferme d'autres microbes que le bacille spécifique. Je parle actuellement de l'abcès fermé.

Ces microbes étrangers, — streptocoques ou staphylocoques le plus souvent, — viennent du dehors, introduits en ce cas par le chirurgien lui-même qui a fait les ponctions et les injections avec une asepsie insuffisante.

Cependant, lorsque l'abcès n'est plus recouvert que d'une pellicule cutanée mince et violacée, la pénétration de ces microbes étrangers dans l'abcès peut à la rigueur se faire spontanément, bien que je croie ce mode d'infection infiniment rare dans la pratique.

L'infection peut-elle venir du dedans ? oui,

lorsque la paroi de l'abcès froid est accolée à la paroi du tube digestif. Ainsi un abcès intra-abdominal de mal de Pott peut être infecté, avant toute ponction, avec une peau saine et solide, par des micro-organismes septiques venus de l'intestin. Encore ici, je ferai remarquer que ce mode d'infection est une rareté.

Comment reconnaître cette infection septique, cette infection secondaire des abcès froids !

Dans les cas difficiles, l'examen bactériologique permet d'affirmer le diagnostic ; il révèle l'existence dans le contenu de l'abcès ou de streptocoques, ou de staphylocoques, ou d'autres microbes septiques.

Mais, à défaut de ces renseignements microbiologiques, la clinique peut nous édifier sur ce point.

Par la fièvre d'abord : La fièvre ardente ou légère, *mais qui revient tous les soirs avec une persistance désespérante pendant des semaines* ; ce caractère de tenacité est d'une importance capitale ; car l'existence de la fièvre, si elle est très passagère, ne suffit pas pour qu'on puisse affirmer l'infection — cette fièvre succèderait-elle à une ponction, à une injection modificatrice.

Une injection faite aseptiquement dans un foyer tuberculeux peut en effet amener de la fièvre. — Souvent le liquide modificateur n'agit qu'en amenant une irritation qui donne une élévation de température, — une irritation substitutive comme

disaient nos pères. Ainsi, on observe presque toujours de la fièvre à la suite des injections faites dans la cavité articulaire d'une tumeur blanche. Non seulement les injections de naphtol camphré amènent cette fièvre, mais encore les injections bien douces en apparence de glycérine iodoformée.

Mikulicz m'a montré des feuilles de température de tumeurs blanches traitées par les injections d'iodoforme. Chaque injection était signalée par un crochet qui montait jusqu'à 40° et durait 12, 24 et même 36 heures.

Eh bien, cette fièvre, on peut l'observer, mais à un degré moindre, à la suite des injections dans les abcès froids, parce qu'ici l'absorption est beaucoup moins directe. — Mais le caractère essentiel de cette fièvre c'est qu'elle est passagère.

Ponctionnez la cavité en ce cas et cessez temporairement les injections en immobilisant l'organe malade et vous verrez la fièvre disparaître.

Tandis que si la fièvre est dûe à une infection septique surajoutée, elle va persister malgré ce traitement — en même temps que se produiront des phénomènes généraux révélant l'intoxication de l'organisme, à savoir un teint terreux, de l'amaigrissement et de l'inappétence et, si l'on tarde trop à ouvrir, l'apparition d'un peu d'albumine dans l'urine. Lorsque la néphrite se produit, il est souvent trop tard. Il faut savoir ne pas atten-

dre ce moment. Lorsque malgré les ponctions faites à quelques jours d'intervalle, la fièvre persiste, il faut savoir se résigner à ouvrir largement la cavité pour assurer le libre écoulement du pus.

Ainsi donc le diagnostic de la cause de la fièvre qui peut apparaître dans le cours d'un abcès froid est d'une importance capitale pour le traitement.

Si la fièvre est dûe aux injections, le traitement ordinaire par les ponctions conduit à la guérison dans les délais ordinaires.

Si elle est dûe à une infection surajoutée, l'ouverture est nécessaire pour guérir le malade. — Et elle sera pratiquée dès que le diagnostic de l'infection sera bien établi.

Si je voulais être absolument complet, sans négliger aucune des raretés qui se présentent dans la pratique, je signalerais le cas suivant : un abcès froid des membres non encore traité, avec une peau saine et solide, c'est-à-dire qui n'a pas pu s'infecter ni par le dehors ni par le dedans (le tube digestif), peut donner de la fièvre. Je me hâte d'ajouter encore, pour ne pas engendrer de confusion dans l'esprit des médecins qui me liront, que cela ne se produira à peu près jamais, mais cela peut exister...

Ainsi, j'ai vu un petit coxalgique chez qui, trois mois après le début de la maladie, apparaissait un abcès froid. Il avait 40° de fièvre tous les soirs depuis plusieurs jours.

Je l'ai visité en même temps qu'un chirurgien de Paris qui disait : L'abcès « froid » ne peut donner une fièvre de 40°, il faut chercher ailleurs — dans les viscères probablement, la cause de cette température — ou bien dans une infection secondaire de l'abcès ; mais l'on n'avait pas touché à l'abcès et la peau était très saine. D'autre part, j'avais beau chercher dans les viscères, je ne trouvais rien. — Cet examen négatif m'amenait à dire : Cet abcès est « froid », oui, mais il est tuberculeux, c'est-à-dire que, à la rigueur, les produits de sécrétion et de désintégration du bacille peuvent causer de la fièvre — exemple la fièvre ardente qu'on trouve dans la tuberculose miliaire aiguë et la fièvre légère qu'on observe souvent dans les tumeurs blanches non immobilisées.

Ce que je puis ajouter, c'est que si ce coxalgique bien immobilisé dans une gouttière de Bonnet, a une pareille fièvre, c'est que sa coxalgie est plutôt maligne...

Mais je ne crois pas que l'abcès est infecté ; et cependant j'estime qu'il est la cause exclusive de cette fièvre. C'est pour cela que nous allons le traiter comme un abcès froid ordinaire, sans l'ouvrir.

Après la première ponction, la température avait baissé. Après douze jours de ce traitement par les ponctions et les injections, la fièvre avait complètement disparu ; et l'abcès était guéri à la sixième semaine.

Au contraire, avons-nous dit, l'ouverture large peut seule faire cesser la fièvre des abcès infectés. Dès que l'on ne peut plus conserver de doute sur l'existence de cette infection, que l'on se hâte donc d'ouvrir en faisant un bon drainage. L'on ne peut même pas, dans un pareil cas, rechercher à la suite de l'ouverture la réunion par première intention, elle échouerait.

L'abcès sera pansé à plat pendant quelque temps. Ce qui importe par dessus tout, c'est qu'il n'y ait plus de fièvre ; si celle-ci persiste, n'ayez point de trêve jusqu'à ce qu'elle soit tombée. Lavez, drainez en tous sens, immobilisez bien les parties malades et la fièvre cessera un peu plus tôt, un peu plus tard, mais avant d'avoir eu le temps d'amener de la néphrite, ou des dégénérescences viscérales, ce qui est capital pour le pronostic. Dès que la fièvre a cessé, si l'on fait bien l'antisepsie, elle ne doit plus reparaître et le malade guérira tôt ou tard.

Mais si l'on s'oublie un seul jour pour ce traitement qui doit durer parfois plusieurs années, de nouveau le danger reparaît, la fièvre septique menace de nouveau les viscères... Mais nous nous sommes déjà expliqué plusieurs fois sur le pronostic grave des fistules en l'opposant au pronostic bénin des abcès fermés.

Et l'on conçoit que le danger est surtout grave lorsque la fistule conduit à un os malade que l'on ne peut pas toujours atteindre sûrement.

Si la cicatrisation ne paraît pas avoir tendance à se faire, elle sera bien avancée par l'emploi réfléchi des injections modificatrices faites dans le trajet.

Si l'abcès est idiopathique, il est permis de chercher par une ablation large de sa paroi la cicatrisation immédiate, mais s'il est symptomatique d'une lésion osseuse ou articulaire, il sera infiniment plus sage de s'en tenir aux injections modificatrices.

Dans le cas de fistules symptomatiques du mal de Pott ou de la coxalgie, c'est même la seule médication raisonnable ; l'opération sanglante étant forcément incomplète en ces cas, par conséquent inutile et même nuisible. Nous ne redirons pas ici comment ces injections doivent être faites, nous l'avons dit dans ce même chapitre en parlant des abcès non infectés qui venaient de s'ouvrir.

On peut résumer ce chapitre en quelques mots :

La manière dont il traite les abcès froids est la pierre de touche qui permet de juger le chirurgien appelé à traiter les tuberculoses externes.

Je pourrais ajouter que l'abcès froid c'est aussi la pierre d'achoppement pour la plupart, car la plupart des chirurgiens le laissent s'ouvrir ou l'ouvrent volontairement, ce qui est pis ; en effet, des infections secondaires peuvent se produire dès lors et la gravité de la tuberculose est de ce fait centuplée peut-être...

Il est heureusement quelques chirurgiens qui non seulement n'ouvrent pas les abcès froids mais encore savent empêcher leur ouverture spontanée ; les infections secondaires sont ainsi supprimées et par cela même la tuberculose ne peut s'aggraver sensiblement. Ils font mieux encore puisqu'ils profitent de cette cavité pour y porter des liquides modificateurs qui iront de là assainir non seulement la paroi de l'abcès, mais les foyers d'origine — os et jointure — d'où vient cet abcès. Entre leurs mains non seulement, l'abcès froid n'a pas aggravé la situation du malade, mais il a servi à améliorer cette situation, en permettant de guérir le foyer tuberculeux primitif.

Si bien que l'on peut dire que la date d'apparition de l'abcès est une date néfaste pour les malades soignés par les premiers médecins et une date très heureuse pour les malades soignés par les deuxièmes.

CHAPITRE V

Adénites de la région du cou.

SOMMAIRE : Ce qui assombrit surtout le pronostic des adénites cervicales c'est qu'elles laissent souvent après elles des stigmates durables de scrofules.

L'objectif du chirurgien doit être par conséquent de tout faire pour les éviter.

Au lieu de cela, à l'heure actuelle, il pratique d'emblée un traitement qui laisse fatalement ces tares trop souvent indélébiles.

C'est contre cette manière de faire que je m'élève, avouant qu'elle a été aussi la mienne pendant trop longtemps.

Les adénites cervicales peuvent guérir sans trace aucune, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement bien fait.

La résolution spontanée n'est pas rare. Qu'on ne se presse donc pas d'intervenir. Si la glande se ramollit, traitez-la comme un abcès froid des membres par les ponctions et les injections ; la guérison sera également parfaite.

Si la glande (cas le plus rare) reste stationnaire, provoquez artificiellement, soit sa résolution, soit son ramollissement, mais toujours par des méthodes sauvegardant l'intégrité de la peau.

N'intervenez par une opération sanglante que lorsque la peau est déjà très altérée et qu'il y a même au

point de vue esthétique un avantage manifeste à agir ainsi.

La thérapeutique que je recommande est de beaucoup la meilleure.

Malheureusement elle demande au chirurgien une minutie, un effort, une persévérance, et surtout une dépense de temps inouïs et c'est en réalité pour cette raison que je n'ose guère espérer la voir adoptée d'une manière générale.

L'intervention sanglante au contraire, est simple, brillante et expéditive.

Mais l'intervention sanglante guérit en laissant une tare disgracieuse, tandis que la méthode conservatrice peut guérir sans trace dans l'immense majorité des cas.

Guérir sans traces les adénites cervicales, guérir sans cicatrices : ce résultat vaut bien, il me semble, qu'on se donne du mal pour l'obtenir.

Voici la communication que je viens de faire sur ce sujet au Congrès de Chirurgie ; je la reproduis textuellement : « Il semble au premier abord qu'on ait tout dit sur le traitement des adénites cervicales, et qu'il soit bien inutile de porter une question aussi connue, d'aucuns diront aussi banale, à la tribune du Congrès de Chirurgie.

Tel n'est pas mon sentiment, je crois que le dernier mot n'a pas été dit sur la question ; je vais plus loin et, pour dire toute ma pensée dès le début de ma communication, j'estime qu'entre les mains de la presque totalité des chirurgiens, le traitement de cette affection est l'inverse de ce qu'il devrait être.

Je m'explique. Déjà Bazin, dans son *Traité de*

la Scrofule, disait très judicieusement que les écrouelles étaient infiniment moins graves par elles-mêmes que par les stigmates si disgracieux qu'elles laissent trop souvent après elles : stigmates auxquels les gens du monde attachent une signification si fâcheuse et d'ailleurs fausse. Or le traitement qui à, l'heure actuelle, a toutes les faveurs des chirurgiens ne tient aucun compte de cette réflexion si juste et si vraie.

Consultez les thèses récentes qui se rapportent à cette question, vous y lirez le récit détaillé et plus ou moins dramatique des larges et belles dissections de la région cervicale faites à tous coups pour s'en aller à la recherche des ganglions, mais nulle part vous ne trouverez trace de la préoccupation d'éviter une cicatrice disgracieuse, cette tare indélébile que laissent après elles toutes ces extirpations, tare indélébile qui constitue presque exclusivement, suivant la remarque de Bazin, la gravité du pronostic des adénites cervicales.

D'emblée les chirurgiens — j'ai été de ceux-là pendant de trop longues années — infligent à leur malade pour le reste de ses jours ce stigmate si fâcheux, lorsqu'ils devraient tout faire pour l'éviter.

Je ne trouve pas de meilleur moyen pour bien faire saisir ma pensée, que de rapprocher l'extirpation dans le traitement de l'adénite cervicale de

la résection de la hanche dans le traitement de la coxalgie.

On sait combien la résection était en faveur, il y a quelques années à peine ; c'était « l'une des plus belles conquêtes de la chirurgie » disait-on immanquablement en parlant d'elle.

Elle est actuellement proscrite par tous les chirurgiens renseignés, parce qu'elle laisse après elle des infirmités et des mutilations que les méthodes conservatrices mieux connues et mieux appliquées, nous permettent aujourd'hui d'éviter. On fait tout pour ne pas en venir à une pareille extrémité. Et c'est devenu, de l'aveu de tous, un malheur pour le malade que l'obligation absolue où l'on se trouve, dans des cas tout à fait exceptionnels, d'y avoir recours ; ce n'est que lorsque l'intérêt vital du malade est en jeu que l'on doit réséquer, parce que l'on se résigne en pareil cas à avoir la pire des guérisons, pour sauver la vie.

Pourquoi les chirurgiens ne font-ils pas, pour éviter l'extirpation dans le traitement de l'adénite cervicale, les mêmes efforts sincères que pour éviter la résection dans le traitement de la coxalgie.

Si le chirurgien qui résèque laisse des boîteries lamentables, le chirurgien qui extirpe les ganglions cervicaux, laisse des cicatrices trop souvent horribles, toujours disgracieuses.

Ainsi donc l'objectif constant, absolu, du chirurgien placé en face d'une adénite cervicale, doit

être de guérir cette adénite sans laisser de trace aucune (ni de la maladie ni de l'intervention).

Je ne prétends pas que l'on y arrivera dans tous les cas absolument, mais l'on doit du moins faire tout au monde pour y arriver; la première condition pour atteindre ce but, c'est de se le proposer.

Autrefois, je faisais l'extirpation, croyant et déclarant comme le croient et le déclarent encore presque tous les chirurgiens, que c'était la seule thérapeutique possible, logique et soutenable.

Je ne fais plus jamais cette extirpation, sanglante, hormis le cas où le malade étant arrivé trop tard, je me trouve en présence d'ulcérations tuberculeuses ayant déjà déchiqueté la peau ; lorsque, si vous voulez, il n'y a rien à perdre, mais au contraire quelque chose à gagner au point de vue esthétique, à pratiquer cette extirpation en régularisant la cicatrice déjà existante.

Voici, au reste, la manière de se conduire dans les divers cas :

Premier cas. — Le plus facile à traiter, celui où l'adénite est ramollie ou suppurée mais non ouverte.

Remarquez que beaucoup de chirurgiens recommandent d'opérer les adénites dures de crainte qu'elles ne se ramollissent; mais c'est précisément là ce qui peut arriver de plus heureux.

On se trouve alors en présence d'un abcès

froid ; il n'est pas plus malaisé de le guérir ici par les ponctions et les injections modificatrices que dans les autres régions du corps. Pourquoi donc ceux-là mêmes qui guérissent par cette méthode conservatrice les collections tuberculeuses qui se font en d'autres régions, recourent-ils ici à l'extirpation ? N'est-ce pas l'inverse qui devrait être, puisque la question de la cicatrice visible n'a d'importance que dans la région cervicale ?

Donc traitez les adénites ramollies par les ponctions faites avec une fine aiguille et les injections modificatrices. Choisissez le liquide que vous connaîtrez le mieux, faites des séances plus ou moins fréquentes, suivant vos habitudes ; mais entre des mains exercées, ce traitement conduira toujours, c'est-à-dire peut-être 99 fois sur 100, à la guérison parfaite sans incident ni cicatrice.

Ainsi donc, je ne puis pas accepter l'opinion de ceux qui disent n'avoir jamais retiré de profit sérieux des injections en pareil cas.

Moi aussi, je tenais ce langage il y a 7 ou 8 ans, parce que je ne connaissais pas encore toutes les ressources de cette nouvelle méthode, en un mot parce que je ne savais pas encore me servir de cette arme très délicate à manier.

Il est difficile de donner des conseils précis au sujet du manuel technique ; il faut acquérir une expérience personnelle qui permette de se conduire, comme il convient dans chaque cas par-

ticulier, et de suivre les indications qui peuvent surgir à chaque instant au cours du traitement.

Par exemple, si la peau est déjà un peu modifiée dans sa coloration ou sa résistance, lorsque le malade se présente à nous, il faut prendre mille précautions pour ménager et même raffermir cette peau, sans cependant abandonner le traitement de l'abcès froid.

Si c'est la tension de la paroi qui constitue le danger, videz la poche une ou plusieurs fois sans faire d'injection ; dès que la peau sera raffermie, vous commencerez les injections. Si le danger est constitué par l'envahissement déjà produit de la face profonde de la peau par les fongosités tuberculeuses, il faut injecter quelques gouttes de naphtol camphré pour détruire ces fongosités ou tout au moins en atténuer la virulence, mais en ayant soin de faire des évacuations fréquentes pour supprimer toute pression sur cette peau déjà peu résistante.

Il m'est arrivé de faire ainsi pour ces cas difficiles, deux et trois ponctions par 24 heures pendant plusieurs jours jusqu'à ce que la peau ait été sauvée et de guérir sans cicatrice dans ces cas eux-mêmes, que les interventionnistes déclarent relever exclusivement d'une large extirpation.

C'est surtout pour des cas de cette nature que l'on ne s'entendra jamais sur la conduite à suivre, les uns sachant et les autres ne sachant

pas guérir ces cas-limites par les seules méthodes conservatrices (1).

2e *Cas.* — L'adénite est à la période d'induration. Ne vous pressez pas de l'extirper. Pourquoi infliger d'emblée, de gaieté de cœur, à votre malade une cicatrice disgracieuse, indélébile.

Attendez et faites attendre votre malade. Ou bien l'adénite va guérir spontanément et la résolution spontanée observée maintes et maintes fois par chacun de vous est favorisée par un traitement général reconstituant, le séjour au bord de la mer, et aussi par un traitement local consistant surtout dans une toilette antiseptique soignée de la bouche et de tous les territoires tributaires des ganglions cervicaux. Ou bien l'adénite va se ramollir. Nous rentrons ainsi dans le cas précédemment examiné. Il faut guetter le moment où

(1) Voir au chapitre précédent (du *Traitement des abcès froids*) la manière de se conduire dans les cas où l'évolution de l'abcès froid résultant de la fonte des ganglions est si avancée, où la peau paraît si compromise que tous les chirurgiens déclarent qu'il n'y a plus d'autre traitement possible que l'incision et le curetage et où, grâce à des précautions infinies, nous arrivons cependant à guérir, sans incision, par les ponctions et les injections.

Tout récemment encore (mars 1900), un professeur de la Faculté de Paris m'envoyait un enfant dans ces conditions en lui disant : Partez immédiatement pour Berck où l'on vous guérira peut-être sans incision. Si vous ne pouvez pas partir immédiatement revenez demain, je ferai une incision et un curetage.

Cet enfant est venu le jour même à Berck, où il a guéri en 6 semaines sans incision et sans cicatrice.

ce ramollissement se produit afin d'intervenir immédiatement, avant que la peau ne soit altérée. Par les ponctions et les injections, si l'on intervient à temps, on arrivera à guérir son malade sans cicatrice.

3e *Eventualité possible* : l'adénite indurée ne bouge pas, ce cas est le plus défavorable, mais heureusement de beaucoup le plus rare ; que faire en présence de cette adénite qui demeure stationnaire?

Attendre encore, si c'est une personne du monde que rien ne presse ; je le répète, il est toujours temps pour infliger une mutilation à son malade. Attendre quoi? c'est que l'on a des chances de voir enfin se produire après douze mois, dix-huit mois, vingt-quatre mois d'attente, l'une des deux transformations plus haut mentionnées, à savoir : ou bien la résolution spontanée ou bien le ramollissement qui tous deux conduisent à la guérison sans cicatrice.

Mais il arrive un moment où l'on a acquis la conviction morale que l'adénite ne bougera plus — ou bien encore il est des cas où vous êtes mis en demeure d'intervenir.

Dans ces cas, qui sont l'exception, l'on doit, non pas faire l'extirpation à moins que le malade ne vous force la main, mais chercher à provoquer artificiellement l'une ou l'autre de ces terminaisons, résolution ou ramollissement qui sont tous deux des modes de guérison sans cicatrice.

Chose singulière, le même agent (naphtol camphré ou chlorure de zinc par exemple) peut, suivant le cas, conduire tantôt à la résolution et tantôt au ramollissement. Malheureusement il n'est pas d'agent chimique ou physique conduisant sûrement et toujours à l'une ou à l'autre de ces terminaisons.

J'ai essayé de tout pour atteindre le but : injections intra-ganglionnaires de teinture d'iode, d'eau salée, de naphtol camphré, d'éther iodoformé, de cultures de staphylocoques et de streptocoques préalablement stérilisées, de chlorure de zinc plus ou moins étendu d'eau, d'essence de térébenthine, j'ai tout fait.

Je n'entrerai pas dans le détail des résultats que j'ai obtenus.

Avec tous ces agents chimiques j'ai obtenu de nombreux succès, mais avec tous j'ai aussi éprouvé quelques rares échecs.

La terminaison que je préfère c'est le ramollissement du ganglion, parce qu'alors nous pouvons obtenir une guérison plus parfaite à tous les points de vue.

L'essence de térébenthine est l'agent qui donne le plus facilement et le plus sûrement du pus dans le parenchyme ganglionnaire. Avec ce liquide, dès le 2e ou le 3e jour l'on a du pus. Mais, malheureusement, l'inflammation ne reste pas localisée au ganglion et il est très difficile avec cet

agent chimique de sauvegarder entièrement l'intégrité de la peau.

Les injections de naphtol camphré entre mes mains, comme entre les mains de bon nombre d'autres chirurgiens, ont donné quelques succès par voie de résolution.

Presque toujours l'effet immédiat de ces injections de naphtol a été d'augmenter le volume des ganglions et d'en faire apparaître d'autres tout petits, à côté des premiers. Je m'en tenais à 5 ou 6 injections, n'ayant en apparence obtenu qu'un résultat négatif.

Ce n'est que beaucoup plus tard, 4, 5, 6 mois après la cessation des injections, que la résolution se faisait.

Le naphtol camphré est surtout précieux lorsqu'il existe déjà dans le centre du ganglion un point ramolli, un commencement de cavité.

Si l'on peut ramener à la première séance avec l'aiguille aspiratrice quelques fragments de matière caséuse, en les remplaçant par du naphtol camphré, on ramollit la zone péricavitaire du ganglion et on arrive ainsi peu à peu à la guérison.

Ainsi donc, dans le premier cas, le naphtol camphré guérissait en provoquant la résolution ; ici il guérit en amenant le ramollissement.

Mais j'aime toujours mieux arriver au ramolissement qui permet d'obtenir des guérisons plus complètes et plus parfaites.

L'agent chimique qui, après de longs essais, m'a paru le plus fidèle pour amener le ramolissement par mortification du tissu, c'est la solution de chlorure de zinc au 1/50 ; à ce titre la solution est très peu douloureuse.

J'en injecte 2 à 3 grammes dans le centre du ganglion où existe souvent déjà un commencement de caséification. Je répète cette injection tous les deux ou trois jours jusqu'à ce que j'aie obtenu un ramollissement au moins partiel du parenchyme ganglionnaire ; ce résultat s'obtient généralement à la troisième ou quatrième injection.

A partir de ce moment je traite par les ponctions évacuatrices et les injections de naphtol camphré comme dans un abcès froid ordinaire.

Mais ce liquide lui-même ne donne pas toujours les résultats désirés ; il amène souvent des petites ulcérations de la peau. Il faut ne l'employer qu'avec une grande circonspection.

Je suis prêt à l'abandonner si les chimistes nous en fournissent un autre permettant d'atteindre plus sûrement le but.

Resterait à examiner le cas où le malade ne s'est présenté à nous qu'avec des ulcérations cutanées plus ou moins larges provenant de l'ouverture spontanée des ganglions qu'on n'a pas su ou pu empêcher, le malade ne s'étant pas fait soigner jusqu'alors.

Il n'y a pas de doute ici sur la conduite à tenir. Le traitement est tout indiqué :

Faire sans hésiter une intervention sanglante ; dans ce cas, elle est presque toujours plus avantageuse au point de vue esthétique que l'emploi des méthodes conservatrices.

Permettez-moi de résumer ma communication en quelques mots.

Ce qui assombrit surtout le pronostic des adénites cervicales, c'est qu'elles laissent souvent après elles des stigmates indélébiles de scrofules.

L'objectif du chirurgien doit être par conséquent de tout faire pour les éviter.

Au lieu de cela, à l'heure actuelle, il pratique d'emblée un traitement qui laisse fatalement ces tares indélébiles.

C'est contre cette manière de faire que je m'élève, avouant qu'elle a été aussi la mienne pendant trop longtemps.

Les adénites cervicales peuvent guérir sans trace aucune, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement bien fait.

La résolution spontanée n'est pas rare. Qu'on ne se presse donc pas d'intervenir si la glande se ramollit, traitez-la comme un abcès froid des membres par des ponctions et des injections ; la guérison sera également parfaite.

Si la glande (cas le plus rare) reste stationnaire, provoquez artificiellement, soit sa résolution, soit son ramollissement, mais toujours par des méthodes sauvegardant l'intégrité de la peau.

N'intervenez par une opération sanglante que lorsque la peau est déjà très alterée et qu'il y a, même au point de vue esthétique, un avantage manifeste à agir ainsi.

La thérapeutique que je recommande est de beaucoup la meilleure.

Malheureusement elle demande au chirurgien, une minutie, un effort, une persévéranee, et surtout une dépense de temps énormes, et c'est en réalité pour cette raison que je n'ose guère espérer la voir adoptée d'une manière générale.

L'intervention sanglante,au contraire,est simple, brillante et expéditive.

Mais l'intervention sanglante guérit en laissant une tare indélébile, tandis que la méthode conservatrice guérit sans traces. Guérir sans traces les adénites cervicales, guérir sans cicatrices ; ce résultat vaut bien, il me semble, qu'on se donne du mal pour l'obtenir. »

Les conclusions de ce mémoire furent appuyées par le Président du Congrès, le professeur Le Dentu qui déclara qu'il préférait comme moi, à l'encontre de la plupart des chirurgiens, les injections modificatrices à l'extirpation sanglante dans le traitement de l'adénite (pour les raisons que je venais d'indiquer).

Voilà un an que cette communication a été faite ; je n'ai rien à y retrancher et j'ai bien peu de chose à y ajouter.

En somme, lorsqu'un enfant arrive à Berck avec des glandes au cou, on ne l'opère pas.

Aux parents qui ne peuvent pas laisser leur enfant de longs mois à Berck, j'ai l'habitude de dire au moment du départ : Eh bien oui, emmenez votre enfant et surveillez-le bien, ou s'il va au collège faites-le surveiller parce qu'il peut arriver dans un mois ou dans six mois que les glandes, au lieu de disparaître, grossissent et se ramollissent ; vous le verrez à la modification de la peau qui prendra une teinte rosée ; accourez immédiatement à Berck, on le guérira à ce moment par des ponctions et des injections, sans cicatrice ; ou bien allez immédiatement trouver plus près de vous un médecin qui soit familier avec ce traitement.

Et les choses se sont passées ainsi bon nombre de fois. — Des enfants que les parents avaient repris avec des glandes encore volumineuses, dures, auxquelles je n'avais pas voulu toucher, m'étaient ramenés en toute hâte plus ou moins longtemps après, avec des glandes ramollies ; et, au bout de 4 à 8 semaines, ils quittaient Berck, bien guéris cette fois, facilement guéris par de simples ponctions, et sans cicatrice.

J'ai dit que l'on attend que la mer ait amené la résorption ou le ramollissement de ces glandes.

L'une et l'autre de ces terminaisons sont souhaitables, car dans l'un et l'autre cas c'est la guérison sans cicatrice.

C'est la résorption que les parents viennent chercher ici ; il est certain que par un long séjour de 1 à 2 ans par exemple, elle s'obtient souvent mais non toujours et les exceptions sont nombreuses.

Il y a une dizaine d'années, un médecin de Berck faisait cette constatation à la tribune de l'Académie, ajoutant, sans cacher son désappointement, qu'il avait même vu beaucoup de ces adénites se ramollir et suppurer à Berck.

Comme je voudrais que ce ramollissement qui le chagrinait si fort se produisît plus souvent, et même dans tous les cas !

Comme je voudrais que cet effet maturatif attribué par Perrochaud et par Cazin, au traitement marin sur l'évolution des glandes, fût plus constant !

Car, les glandes ramollies, nous savons les guérir complètement dans l'espace de quelques semaines sans cicatrice apparente.

Malheureusement il est des glandes qui ne se résorbant pas, ne veulent pas non plus se ramollir, qui persistent à l'état de tumeur dure, causant une difformité très disgracieuse, d'autant plus disgracieuse que ces glandes sont plus nombreuses.

En réalité, c'est le seul cas embarrassant — dans la pratique — pour le chirurgien qui se soucie d'obtenir non pas une guérison banale avec cicatrices multiples (l'extirpation sanglante est bien facile

si l'on ne craint pas les cicatrices)mais une guérison complète, sans trace ou avec un minimum de traces.....

Avant de proposer des injections modificatrices à ces malades, il faut qu'elles (ce sont des femmes le plus ordinairement ou des jeunes filles) il faut qu'elles soient bien convaincues de l'inefficacité de tous les traitements internes et de toutes les stations thermales connues et recommandées.

Il est de ces malades chez qui un séjour prolongé à la mer n'avait amené ni la résolution ni le ramollissement, qui m'ont dit : L'on m'a parlé de Kreusnach, de Salies, de Bourbonne-les-Bains, etc.

Je réponds immédiatement : Allez-y, je n'y crois pas, mais il est nécessaire que vous en ayez le cœur net. Avant d'accepter une intervention chirurgicale, il faut que vons soyez bien sûre qu'aucun autre traitement ne peut vous guérir.

Et je les ai envoyées dans ces diverses stations, et elles en sont revenues comme elles étaient parties.

Mais n'y a-t-il donc pas un traitement interne qui puisse résoudre ou ramollir les glandes ?...

Parmi ces centaines de préparations médicales qui sont toutes infaillibles, si l'on en croit leurs inventeurs, contre toutes les adénites, il n'en est donc pas une qui ait raison de ces cas rebelles ?...

Eh bien, non, je n'en connais pas et cependant je les ai vu essayer maintes et maintes fois.

Je signale simplement le traitement par l'iode intus et extra, par l'arsenic à haute dose ; rien n'y fait.

Les anciens, avec Bazin, attribuaient des vertus miraculeuses à la ciguë : A petite dose, écrivait le grand médecin de l'hôpital St-Louis, elle amène la résolution des glandes ; à haute dose, elle amène le ramollissement.

Mon Dieu, comme ce serait précieux, si c'était vrai !

Je l'ai donnée en suivant fidèlement les indications de Bazin et je n'en ai pas obtenu les résultats promis. — J'ajoute que je ne l'ai employée que dans les cas d'adénites rebelles ayant résisté au traitement marin.

Ce n'est que lorsque la malade a essayé de tous les traitements possibles, qu'elle est vingt fois convaincue de l'inutilité de tout le reste, qu'on doit lui proposer un traitement chirurgical.

Qu'elle choisisse entre l'extirpation large au bistouri ou le traitement par les injections interstitielles avec une très fine aiguille, destinées à provoquer artificiellement ou la résorption ou le ramollissement.

On conçoit que cette question de la cicatrice visible a moins d'importance chez un garçon que chez une jeune fille.

S'il s'agit d'une tumeur ganglionnaire unique, la cicatrice sera évidemment moins à craindre que

s'il s'agit de 3, 4, 5 tumeurs dont l'ablation au bistouri laisserait un cou labouré de cicatrices en tous sens.

Mais la malade doit savoir que dans ce même cas de tumeurs multiples le traitement par les injections modificatrices sera beaucoup plus long, plus laborieux, plus difficile et que le résultat peut être absolument parfait en 2, 3 points et pas absolument complet sur un autre...

En un mot, qu'on ne cache rien à la malade de la durée de ce traitement (généralement 6 mois), de sa difficulté, de la possibilité, tant cette difficulté est grande, de ne pas arriver sur la totalité des tuméfactions (au nombre de 3, 4, 5) au résultat idéal : le bénéfice restant cependant toujours très grand, bien supérieur à celui donné par l'intervention sanglante.

Et c'est en somme à l'intéressée qu'il faut laisser le temps et le soin de se décider pour les injections modificatrices ou pour l'extirpation.

Si, dûment avertie, elle choisit l'extirpation immédiate, le chirurgien y consentira, mais son objectif à lui restera le traitement par les injections modificatrices, c'est-à-dire la guérison sans cicatrices qu'on saura obtenir, j'en suis convaincu, encore bien plus parfaitement, plus rapidement et plus constamment dans quelques années.

CHAPITRE VI

Synovites. — Kystes synoviaux. — Hygromas tuberculeux.

SOMMAIRE : La tuberculose des bourses séreuses et des synoviales tendineuses se présente sous deux formes : la forme liquide et la forme fongueuse.

Si c'est sous la forme liquide — exemple, les kystes synoviaux de la main — le traitement est celui de l'abcès froid ordinaire.

S'il s'agit d'une synovite fongueuse sèche, il faut demander au repos, à la compression et à un bon traitement général la guérison.

Pour hâter cette guérison, on peut faire quelques injections modificatrices dans l'épaisseur des fongosités : leur effet sera de provoquer soit la résorption, soit le ramollissement, ce qui est encore un mode de guérison désirable.

Les opérations sanglantes sont à rejeter ici, parce qu'elles guérissent moins sûrement que les injections modificatrices et que les extirpations sanglantes compromettent généralement la nutrition des tendons intéressés, c'est-à-dire entraînent des impotences fonctionnelles.

La tuberculose des tissus mous sous-cutanés ne nous arrêtera pas longtemps ; leur histoire se confond avec celle des abcès froids dits essentiels.

Mais nous devons une mention spéciale à la tuberculose des bourses séreuses et des synoviales tendineuses — encore fréquente.

Elle se présente sous deux formes : la forme liquide et la forme fongueuse.

Si c'est sous la forme liquide — exemple les kystes synoviaux de la main — le traitement est celui de l'abcès froid ordinaire — c'est-à-dire les ponctions suivies d'injections modificatrices.

Ce traitement guérit plus sûrement et ménage mieux le fonctionnement des tendons que les incisions, les grattages, les curettages, les extirpations préconisées par les auteurs classiques.

J'en dirai autant des hygromas tuberculeux.

La conduite à tenir n'est pas aussi aisée lorsqu'on se trouve en présence d'une synovite à forme fongueuse.

Il faut demander — comme dans toutes les autres tuberculoses sèches — au repos, à la compression des parties malades et à un bon traitement général, la résorption des produits tuberculeux.

Et l'on guette encore ici le moment où le ramollissement va se produire.

A partir de ce moment, la guérison s'obtiendra, comme dans le cas précédent, par le traitement qui guérit les abcès froids.

Mais ce ramollissement et cette résorption se font parfois attendre longtemps. Lorsque les fon-

gosités paraissent n'évoluer ni vers l'un ni vers l'autre ; lorsqu'elles ne bougent pas, on peut provoquer comme s'il s'agissait d'une adénite cervicale, l'une ou l'autre de ces terminaisons par des injections modificatrices.

Si ces injections ne sont pas facilement acceptées par le malade, s'il aime mieux attendre encore la résorption ou le ramollissement spontanés, abstenez-vous de toute médication active.

Mais cette abstention n'est plus permise dans le cas où la synovite fongueuse aura inoculé la face profonde de la peau.

S'abstenir en pareil cas, c'est laisser la tuberculose détruire la peau sur une surface plus ou moins large. C'est assister impassible à la transformation d'une tuberculose fermée en une tuberculose ouverte.

Il faut éviter cette transformation à tout prix. Pour cela attaquez, la tuberculose en introduisant l'aiguille de la seringue de Pravaz non pas sur un point de cette peau menacée, mais sur la partie saine voisine. Cherchez à ramollir par les moyens connus.

Si ce ramollissement se produit, la guérison sera assurée. S'il ne se produit pas, si la peau s'ulcère en un point, ne désespérez pas d'arriver encore à la guérison par les seules injections ; car la plaie n'est pas encore infectée.

Par cet orifice qui vient de se faire il est généralement possible de pousser quelques gouttes de liquide dans les interstices virtuels qui séparent le feuillet pariétal du feuillet viscéral de la synoviale tendineuse malade.

Ces premières injections seront faites avec une solution de chlorure de zinc au 1/50.

Dès que cette cavité virtuelle s'est changée en cavité véritable, l'on se servira de naphtol. L'on y injectera chaque jour 1 à 2 grammes de naphtol camphré en obturant ensuite l'orifice avec un tamponnet d'ouate hydrophile stérilisée.

On suit ici une conduite identique à celle que j'ai recommandée pour guérir par les injections un abcès froid qui vient de s'ouvrir (1).

Mais si cet interstice virtuel n'existe plus et ne peut pas être créé par une injection poussée avec quelque vigueur, alors il faut panser à plat avec un emplâtre mercuriel pour voir si la peau ne va pas se reconstituer.

Dès qu'on a la conviction qu'elle ne se reconstituera pas, l'on est autorisé à détruire par une extirpation sanglante toutes les fongosités qui tapissent la synoviale. Mais cette extirpation entraînera presque fatalement celle de la synoviale toute entière ; elle compromettra fréquemment les moyens de nutrition des tendons intéressés

(1) Voir traitement de l'abcès froid, page 124.

que l'on voit après cette extirpation s'exfolier et se nécroser.

Ainsi les opérations sanglantes entraînent trop souvent des impotences fonctionnelles plus ou moins fâcheuses.

Je réserve donc cette extirpation comme l'*ultima ratio* pour les cas de synovites fistuleuses où les méthodes conservatrices avec toutes leurs ressources, ont été essayées et se sont montrées impuissantes.... Car la guérison par les méthodes conservatrices sera encore ici plus belle et plus intégrale.

CHAPITRE VII

Ostéites.

SOMMAIRE : La tuberculose des os n'est pas plus grave dans son essence que la tuberculose des tissus mous superficiels.

Elle guérira aussi constamment si elle est bien soignée, elle guérira par les mêmes moyens, sans opération sanglante.

S'il n'y a pas d'abcès, si l'ostéite est sèche, elle guérit par un long repos et un bon traitement général.

Si l'ostéite est suppurée, s'il y a un abcès, le traitement de cet abcès froid est celui que nous avons indiqué dans le chapitre IV.

En guérissant l'abcès, nous guérissons le foyer osseux d'où il vient — pourvu toutefois que la communication existe encore assez large entre l'os et l'abcès.

La crainte de l'ouverture du foyer tuberculeux est encore ici le commencement de la sagesse.

S'il s'agit d'un os profond : vertèbres ou os iliaque, l'ouverture conduit trop souvent à une infection secondaire et à la mort.

Cela n'est pas vrai pour l'os très superficiel que l'on peut, à la rigueur, débarrasser complètement de tous ses produits morbides par un curetage attentif ou une résection.

L'ouverture est surtout à redouter pour les os profonds,

mais dans ce cas, on peut l'éviter aisément parce que l'abcès parti de cet os (profond) est saisissable sur un très long parcours avant qu'il ne menace la peau.

Entre des mains exercées, l'abcès froid symptomatique d'une ostéite profonde sera facile à guérir avant qu'il ne touche la peau.

La peau est au contraire plus menacée et l'ouverture plus à craindre s'il s'agit d'une ostéite superficielle, parce que l'abcès froid a un moindre espace entre l'os et la peau pour se développer.

Mais, nous l'avons dit, si les méthodes conservatrices échouent parfois pour ces ostéites superficielles, l'opération sanglante pourra nous donner ici la guérison.

L'opération sanglante serait impuissante contre certaines ostéites profondes; mais, par contre, celles-ci peuvent toujours être guéries par les seules méthodes conservatrices.

Dans le cas de fistules déjà produites, les injections modificatrices valent encore mieux que les interventions sanglantes, si ce n'est peut-être dans le cas d'ostéites superficielles.

Les injections faites avec patience pendant longtemps amènent la guérison, pourvu que le malade soit arrivé avant la période des dégénérescences viscérales.

Les manifestations tuberculeuses de la peau et des tissus mous appartenaient à la première et à la deuxième période de la scrofule dans la division longtemps classique de Bazin.

Dès que le squelette est touché (os ou articulation), nous sommes en présence d'une manifestation de la troisième période.

La quatrième période de la scrofule était représentée par les manifestations viscérales qui terminaient si fréquemment autrefois les tuberculoses suppurées, l'on devrait dire infectées.

Mais la tuberculose ne suit pas un cycle défini. — Elle peut frapper d'emblée le squelette et se porter de cet organe profond à une glande lymphatique ou à la peau,

Et si Bazin a voulu établir simplement par cette classification qu'il existait une gradation dans la gravité de la tuberculose, suivant qu'elle frappait la peau ou une glande, ou un os, je ne puis davantage y souscrire sans réserve.

Car, rien ne démontre que la tuberculose primitive des os soit d'essence plus maligne que celle de la peau et des glandes lymphatiques.

Mais l'on peut accorder qu'en fait, jusqu'à notre époque, cette tuberculose était particulièrement redoutable.

La plus grave complication de la tuberculose externe, celle qui tue, c'est-à-dire l'infection septique secondaire, était ici d'autant plus fréquente que le foyer bacillaire était plus profond ; que le trajet qui va de ce foyer à la peau était plus difficile à drainer, plus favorable aux rétentions et aux putréfactions du pus....

Il est certain que la tuberculose de la tête fémorale ou des corps vertébraux qui est venue s'ouvrir à l'extérieur par un long trajet irrégulier est plus exposée aux complications septiques que la gomme bacillaire cutanée qui s'ulcère, ou que l'adénite tuberculeuse du cou qui s'ouvre à la peau directement, sans trajet intermédiaire.

C'est ainsi qu'il y a 20 ans, la tuberculose des os, et surtout des os profonds, entraînait généralement la mort par intoxication septique de l'organisme.

Pour les parties très accessibles du squelette, le chirurgien pouvait, il est vrai, conjurer parfois la terminaison fatale au prix d'une amputation ou tout au moins d'une résection très large — faites hativement ; mais à la racine des membres, à la hanche, ou à la colonne vertébrale l'intervention sanglante était toujours insuffisante pour enlever la totalité du mal et dès lors impuissante à détourner la terminaison mortelle.

On conçoit donc que la tuberculose des os fût tant redoutée par nos pères, puisque la tuberculose des os profonds conduisait à la mort, et que la tuberculose des os superficiels ne se pouvait guérir qu'au prix d'une mutilalion plus ou moins grave.

Mais aujourd'hui le tableau clinique de la tuberculose osseuse n'a plus ces couleurs sombres.

Nous savons que si elle se complique d'une affection septique, est le fait, c'est la faute du traitement employé.

La tuberculose des os aura la même bénignité que les autres tuberculoses externes entre les mains du chirurgien pour qui le commencement de la sagesse, c'est d'éviter l'ouverture du foyer tuberculeux et de proscrire toute intervention sanglante.

Eviter au malade l'ouverture du foyer, c'est le sauver de la mort.

Eviter l'opération sanglante, c'est le sauver d'une mutilation et d'une infirmité.

C'est ici surtout que les méthodes conservatrices feront merveille ; mais pour qu'elles donnent leur maximum de rendement, il faut les bien appliquer ; et pour les bien appliquer il faut les bien connaître.

Nous dirons un mot des particularités que présente la tuberculose, suivant sa localisation dans telle ou telle partie du squelette.

Mais il est quelques considérations d'une portée très générale qu'il nous faut d'abord présenter ici.

Il s'agit suivant les cas :

1° D'une ostéite sèche ; 2° d'une ostéite suppurée (avec abcès fermé) ; 3° d'une ostéite avec fistule.

1° *Tuberculose sèche du squelette.*

Nous mettrons l'os au repos et le malade en bon air — à Berck, c'est facile — et nous attendrons que sous cette double influence la guérison se fasse.

Elle demandera de longs mois, peut-être un an, plusieurs années, mais elle se fera.

Il est encore quelques chirurgiens qui s'en iront à la recherche du foyer osseux pour l'extirper largement, pensant gagner du temps.

Ils ont tort, nous avons dit pourquoi.

a) Parce qu'ils sont exposés à ne pas supprimer du coup la totalité des germes infectieux, et ce risque existe même lorsqu'on croit se trouver en présence d'un foyer très limité et que l'on a porté son bistouri au delà des limites visibles de ce foyer.

. L'inoculation de la plaie peut se faire par l'acte opératoire lui-même qui a mis les bacilles en liberté et par conséquent en contact avec les tissus sains cruentés. Et si la plaie ne se ferme pas, l'on a transformé une tuberculose fermée en une tuberculose ouverte, c'est-à-dire que la situation du malade est 100 fois plus grave après qu'avant l'opération ; dès lors la guérison, si elle se fait,demandera incomparablement plus de temps...

b) Parce que avec ou sans suppression complète du foyer tuberculeux le chirurgien aura toujours amoindri et parfois mutilé gravement son malade.

Mais nous nous sommes 20 fois expliqué sur ce point et nous avons prouvé que sans exception aucune,les méthodes conservatrices étaient préférables dans tous les cas, qu'elles guérissent toujours, qu'elles guérissent complètement ; et la guérison complète, sans mutilation, vaut bien la peine qu'on l'achète par un peu de patience.

S'en tenir aux méthodes conservatrices ne veut pas dire : ne rien faire.

Si le foyer osseux peut être atteint par l'aiguille à injection, nous avons là une ressource précieuse.

Ce que nous avions demandé vainement aux opérations sanglantes, à savoir de hâter la guérison et d'arrêter le travail de destruction du bacille sans risque ni dommage pour le malade, nous pouvons précisément le demander aux injections modificatrices.

Nous pouvons, à l'aide d'une seringue de Pravaz, porter quelques gouttes de naphtol camphré ou d'une émulsion d'iodoforme sur le foyer ou tout au moins sur le périoste qui touche ce foyer.

Si l'os est accessible, si ce traitement est possible, la guérison s'en trouvera avancée : par exemple pour un spina ventosa non encore nettement suppuré.

Si ces injections ne sont pas pratiquement applicables, il faut attendre la guérison du repos et d'un bon traitement général, en s'armant de patience.

Nous avons dit que le chirurgien qui veut hâter la guérison par une intervention sanglante la compromettra et la retardera dans plus de moitié des cas, même pour les ostéites les plus accessibles.

2° *La tuberculose de l'os est passée à la suppuration.*

Cela arrive souvent, même à Berck ; et d'ailleurs il n'est pas démontré que la tuberculose soit plus grave pour cela. Nous nous sommes expliqué sur ce sujet dans le chapitre III.

En tout cas, comme à partir de ce jour la tuberculose se présente à nous sous une forme saisissable et vulnérable et que nos moyens d'action sont très puissants contre cette forme liquide de la tuberculose, nous ne devons plus nous lamenter comme le faisaient nos pères le jour où nous trouvons un abcès froid partant de l'os et cheminant de la profondeur vers la peau.

Il s'étend sur un trajet plus ou moins long suivant que l'os est plus ou moins profond et aussi suivant que les fongosités ont suivi un trajet direct ou indirect, car on les voit cheminer quelquefois par des routes tortueuses vers les téguments.

Il faut qu'on sache que c'est tout le long de ce trajet, lorsqu'il se développe et se découvre sur cette route qui va de l'os à la peau, que l'ennemi est facile à battre.

Lorsqu'il était dans l'intérieur de l'os, il nous échappait encore.

Lorsqu'il a déjà entamé la peau il est parfois trop tard.

C'est donc sur le chemin qui va de l'os à la peau qu'il faut l'attaquer.

Pour cela le médecin attentif doit de toute nécessité guetter le moment et le point d'arrivée de l'abcès comme un éclaireur vigilant qui signalera en quel point et à quel moment il faut aborder l'ennemi pour le vaincre.

Et l'on devine comment on agira. L'on traitera

cet abcès ossifluent comme un abcès ordinaire; on le traitera avant qu'il n'ait touché la peau, par des ponctions et des injections modificatrices.

Et lorsque l'abcès sera guéri (après 4 à 8 semaines) l'on aura guéri par surcroit le foyer osseux lui-même pourvu que la cavité de l'abcès communique avec la totalité de ce foyer et que, par conséquent, le liquide modificateur ait pu toucher tous les points malades du squelette.

Si cela n'est pas, tous les points qui communiqueront avec l'abcès seront guéris mais les points non encore touchés par le liquide peuvent un peu plus tôt, un peu plus tard, on le conçoit, réinoculer le trajet, même reproduire l'abcès, ou bien donner un deuxième abcès dans une autre direction. On se conduira, en ce cas, comme on l'a fait pour le premier abcès.

Ainsi donc, en présence d'une tuberculose suppurée du squelette, l'on est sûr d'arriver à la guérison pourvu que l'on ait le malade sous les yeux dès le début de la maladie ou qu'il vous arrive avant que la peau ne soit ulcérée ni même entamée.

Il est un cas où nos chances de succès sont moindres, c'est lorsque l'os malade, trop superficiel, presque sous-cutané, ne permet pas à la fongosité ramollie de se développer en un abcès bien net entre l'os et la peau, où elle ne trouve pas l'espace voulu ; la fongosité sortant de l'os risque d'infecter la peau sans qu'on ait pu la dépister assez tôt et

la saisir au moment où elle chemine entre l'os et les téguments. Exemple pour un spina ventosa.

Remarquez comme notre langage diffère de celui de la plupart des chirurgiens.

Ceux-ci vous disent : Si la tuberculose frappe un os très superficiel, une phalange ou un métacarpien, rien n'est plus facile que de le guérir, parce que nous avons cet os sous notre œil, qu'on peut facilement déterminer les limites du foyer et les dépasser par une opération sans gravité, tandis que lorsqu'il s'agit d'un os profond, le fémur ou la face interne de l'os iliaque, par exemple, nous ne pouvons plus, avec la même facilité, la même bénignité, avec la même certitude, atteindre et dépasser en tous sens les limites du mal.

Tandis que je dirai : La tuberculose suppurée d'un os profond ne va pas atteindre la peau avant d'avoir produit sur ce long trajet qui sépare le foyer osseux des téguments, une collection saisissable et vulnérable que nous saurons guérir facilement, sans avoir à craindre, à aucun moment, cette ulcération de la peau qui est le péril !... l'ouverture du foyer faisant seule la gravité de la tuberculose.

Plus le foyer est profond et plus il sera facile de saisir l'abcès intermédiaire; le tubercule qui sépare l'os de la peau se présentant toujours à nous sous une forme liquide. Au contraire, s'il s'agit d'un os superficiel, une phalange ou un métacarpien, nous aurons à craindre de ne pas saisir

à temps le tubercule intermédiaire, lorsqu'il est déjà sorti de l'os et n'a pas encore envahi la peau, parce que souvent cette phase intermédiaire sera extrêmement courte.

Mais cela nous permet tout au moins de faire cette constatation consolante ;

Que pour les tuberculoses des os très superficiels il nous sera possible, tant ils sont accessibles, de les guérir, par des curetages, si les méthodes conservatrices échouent :

Que pour les os profonds où les interventions sanglantes seraient trop souvent impuissantes, heureusement les méthodes conservatrices ne feront jamais défaut pourvu que les médecins soient bien prévenus et que le malade n'arrive pas ayant déjà une fistule.

En deux mots, s'il faut veiller à saisir l'abcès froid avant qu'il n'ait touché la peau dans le cas d'une tuberculose osseuse profonde, il faut veiller encore de plus près lorsqu'il s'agit de tuberculose osseuse très superficielle, parce que la période d'existence de cet abcès froid est dans ce dernier cas infiniment plus courte. — Aussitôt qu'il se montre, faites par un point cutané, assez éloigné du foyer, des ponctions et des injections avec une très fine aiguille et rappelez-vous toutes les précautions que nous avons recommandées dans le chapitre des *abcès froids* — pour le traitement de ces cas difficiles.

Lorsque c'est une fongosité sèche partie de l'os qui a entamé la peau sans abcès, il faut chercher à la modifier par de petites injections de quelques gouttes de naphtol camphré, injections faites avec une seringue de Pravaz.

L'on n'arrivera peut-être pas toujours à éviter un curetage mais l'on y arrivera très souvent et d'autant plus souvent qu'on sera plus habile et plus soigneux, et la guérison qu'on obtiendra par les moyens conservateurs sera toujours plus belle que celles que donneront les opérations sanglantes, même les simples curetages.

Ainsi donc qu'on se rassure, lorsqu'on se trouve en présence d'une ostéite car nous savons guérir sans opération toutes les tuberculoses osseuses profondes et presque toutes les tuberculoses osseuses superficielles. Si dans quelques cas exceptionnels, pour celles-ci, un petit curetage est nécessaire, il ne s'agit que de l'opération sanglante la plus minime, par conséquent la mutilation sera aussi petite que possible.

3° *La tuberculose osseuse fistuleuse.*

C'est un malheur qu'une fistule osseuse ! Si l'on prenait les précautions que nous avons dites, on éviterait les fistules.

Cette fois, la guérison, nous l'avons déjà dit maintes fois, est beaucoup plus longue, plus laborieuse, plus difficile à obtenir. Plus l'os est profond

et plus la difficulté est grande et l'infection du trajet rapide ; alors que l'os est très superficiel, les chirurgiens qui opèrent les tuberculoses en seront quittes, à la rigueur, pour faire une large résection ou une amputation, ils obtiendront la guérison à ce prix. Mais lorsqu'il s'agit de fistules conduisant à la hanche ou bien à la colonne vertébrale, la chirurgie opératoire est impuissante, puisqu'il n'est plus ici de résection assez large qui puisse enlever la totalité du mal.

Pour ces cas il n'y a plus que la méthode des injections modificatrices antiseptiquement et prudemment conduites.

Nous avons montré dans le chapitre III (1) les belles guérisons que donnent parfois ces injections dans les cas de fistules anciennes et multiples des os des membres, dans des cas qui *a priori* paraissent ne relever que de l'amputation....

Nous n'y reviendrons pas.

Mais nous ne pouvons clore ce chapitre sans nous expliquer sur les indications thérapeutiques qui viennent de l'existence de séquestres dans la tuberculose osseuse.

A chaque instant, des médecins ou des chirurgiens me disent : Mais comment voulez-vous guérir les ostéites par des injections, lorsque l'anatomie pathologique nous enseigne que bon nombre d'entre elles s'accompagnent de séquestres. Cette interrogation revient toujours !

(1) Voir page 87.

Oui, des séquestres, comment les ferez-vous passer par le trou de votre aiguille (à ponction et à injection)!..

Pour les ostéites fermées, la réponse est facile ; en ce cas, les séquestres qui sont aseptiques vont se résorber ou s'enkyster et demeurer silencieux. — En doutez-vous?... Songez qu'il n'y a presque pas de mal de Pott où il n'y ait des séquestres petits ou grands et cela n'empêche pas les maux de Pott de guérir, pourvu qu'on ne les ouvre pas.

Il en est de même pour les séquestres des autres os. — Si la tuberculose est fermée, nous n'avons pas à nous occuper des séquestres (pas plus qu'on ne s'occupe d'un corps étranger aseptique — une balle restée dans les os) dont rien d'ailleurs ne viendra révéler l'existence à notre attention.

Si la tuberculose est ouverte, c'est différent.

Le séquestre doit s'user pour que la guérison se fasse, s'user par la suppuration ou par les injections modificatrices.

Si la suppuration d'une fistule traîne en longueur et que l'on soupçonne l'existence d'un ou de plusieurs séqnestres, il est permis et même indiqué de mettre à nu le foyer osseux pour cueillir le séquestre ; mais, quoi qu'on en ait dit, l'existence véritable d'un séquestre est chose extraordinairement rare dans la tuberculose osseuse des membres, tandis que les séquestres sont fréquents dans les fistules du mal de Pott, et, malheureusement, c'est ici que leur extraction est la plus labo-

rieuse ; elle ne va même pas sans entraîner quelques risques pour le malade, et c'est encore là une des raisons qui assombrissent le pronostic des fistules du mal de Pott. Nous y reviendrons plus tard en étudiant le traitement de cette maladie.

Faisons remarquer simplement que pour la tuberculose des os des membres que nous avons spécialement en vue dans cette étude générale, les séquestres sont extrêmement rares, et que lorsqu'ils existent, ils peuvent être usés, dissous par le pus ou par les injections. — Si bien qu'en réalité ce n'est qu'exceptionnellement qu'on sera autorisé à attribuer à l'existence d'un séquestre la persistance de la suppuration dans les fistules osseuses.

Tuberculose des os en particulier.

La tuberculose peut frapper toutes les pièces du squelette et nous n'avons pas la pensée de la suivre dans chacun des os pris en particulier ; cette étude serait sans intérêt et sans utilité, car son aspect clinique reste le même, quelle que soit sa localisation, à quelques rares exceptions près.

La tuberculose de l'apophyse mastoïde par exemple et celle des vertèbres méritent une description spéciale. La première se confond avec l'histoire de l'otite moyenne, la deuxième avec celle du mal de Pott.

En outre, faisons remarquer que la tuberculose

de l'extrémité des os longs se confond avec l'ostéoarthrite tuberculeuse et nous y reviendrons plus loin en étudiant les tumeurs blanches.

Je veux dire un mot cependant de la tuberculose des os du crâne et de la face, de la tuberculose des petits os des mains et des pieds. Voilà des os presque sous-cutanés ; c'est un avantage à certains points de vue, un désagrément à d'autres, car la tuberculose de l'os atteint très facilement la peau. Je l'ai déjà dit.

Si la tuberculose est sèche, la guérison se fera encore ici sans intervention chirurgicale. On peut hâter cette guérison en faisant des injections modificatrices dans l'os ou sur sa périphérie.

Mais si la tuberculose est suppurée, je veux parler surtout de l'os malaire et des spina ventosa des mains ou des pieds, il faut mille précautions pour éviter l'ouverture spontanée du foyer par une ulcération de la peau. Or cette ouverture spontanée est fâcheuse, parce que les fistules qui lui succèdent nécessitent parfois des curetages qui amènent des déformations pénibles (spina ventosa) et causent toujours des cicatrices vicieuses (carie de l'os malaire), cicatrices et déformations qui sont évitées ou du moins très atténuées si la guérison a été obtenue par les seules méthodes conservatrices sans ulcération de la peau.

CHAPITRE VIII

Tumeurs blanches.

SOMMAIRE : En premier lieu, nous repousserons en principe, comme traitement de la tumeur blanche, la résection.

Nous repousserons également en principe le traitement conservateur simple, c'est-à-dire l'immobilisation dans l'appareil plâtré pendant un, deux, trois ans ou davantage.

Eviter les mutilations qu'entraîne la méthode sanglante ;

Eviter l'immobilisation absolue et prolongée pendant plusieurs années qu'entraîne la méthode conservatrice ou tout au moins ne vouloir qu'une immobilisation relative et de courte durée, de quelques semaines, par exemple, de manière que la jointure n'ait pas le temps de s'ankyloser et cependant arriver à la guérison du foyer tuberculeux malgré cette liberté et cette mobilité relatives laissées à la jointure qui sont plutôt des conditions défavorables pour l'extinction du foyer morbide ;

Cela est-il possible ? Oui, en attaquant directement les lésions bacillaires par des injections de liquides modificateurs de la tuberculose (iodoforme, naphtol camphré, créosote, gaïacol, etc.), dans la cavité articulaire.

Je me suis expliqué ailleurs très longuement sur la technique de ce traitement qui demande 8 à 10 injections faites à 3 ou 4 jours d'intervalle et dont la durée moyenne est, par conséquent, d'un mois.

Ce traitement, ici comme pour les abcès froids, est eelui qui assure le mieux la destruction des lésions bacillaires.

Mieux que la résection, parfois insuffisante quoiqu'on fasse: mieux que l'immobilisation simple dans un appareil plâtré, d'une durée de plusieurs années, qui ne donne pas toujours la résorption (spontanée, peut-on dire en pareil cas) des lésions tuberculeuses, puisqu'il surgit souvent des abeès froids au eours de ce traitement eonservateur.

Le traitement que je préconise a done un premier avantage : de guérir plus sûrement et plus souvent que tous les autres.

Le deuxième avantage, e'est de guérir en laissant persister souvent, en partie tout au moins, la mobilité des artieulations parce que ce traitement dure à peine quelques semaines, les mouvements n'ont done pas eu le temps de se perdre.

Dès que le traitement du foyer tubereuleux est fini, c'est-à-dire après 6 ou 8 semaines, l'on s'oeeupe en effet du soin de développer les mouvements qui persistent dans eette jointure maintenant assainie.

Le traitement que nous préeonisons réussira plutôt en ville qu'à l'hòpital, où le nombre trop grand des malades met le médeein dans l'impossibilité de s'oecuper de ehaque eas partieulier avee l'assiduité désirable pour assurer la eonservation des mouvements ... Il faut donc, à l'hôpital, se résigner d'avance à n'obtenir dans la plupart des eas que des guérisons avee enraidissement de la jointure, mais en bonne attitude.

Peut-on dire même que le traitement réussira dans tous les eas où l'on pourra s'en oeeuper, à loisir avec continuité?

Non, eertes. Pour eonserver les mouvements il faut que nous prenions les tumeurs blanehes dès leur début ou bien si nous arrivons à une période plus avaneée, il faut que la déviation soit nulle ou presque nulle.

Dans les eas eontraires, l'on peut obtenir la mobilisation, mais sans arriver toujours à supprimer l'attitude vieieuse.

Il ne faut pas s'entêter, en pareil eas, à vouloir eonserver quand même la mobilité de la jointure; si l'on voit, après

avoir fait quelques essais de mobilisation, que les leviers articulaires retournent toujours, quoiqu'on fasse, à leur mauvaise attitude première, il vaut mieux renoncer à la mobilité, surtout s'il s'agit des membres inférieurs, car il est préférable d'avoir une jointure enraidie en bonne position, que d'avoir une jointure souple avec une mauvaise attitude habituelle.

Mais il y a des articulations où l'on réussit à peu près constamment à conserver la mobilité: c'est le coude, le cou de pied et le poignet.

La réussite est encore assez fréquente au genou, un peu moins à l'épaule, et au contraire rare à la hanche.

Ainsi nous pourrons à l'avenir obtenir fréquemment une véritable et complète guérison des tumeurs blanches: guérir le mal en sauvant le fonctionnement de la jointure.

Et dans une très large mesure nous aurons supprimé ou du moins atténué les infirmités que laissaient trop souvent après elles les tumeurs blanches.

Le traitement des tumeurs blanches a subi une profonde modification pendant ces dernières années à Berck.

Je ne crois pas pouvoir mieux faire, pour donner une idée générale de cette modification, que de reproduire ici l'article que je publiais il y a quelques mois dans la *Presse Médicale* (27 septembre 1899) sous ce titre : *Peut-on guérir les tumeurs blanches en conservant la mobilité des articulations :*

« Voyez combien sont rares, disais-je, les malades guéris de tumeurs blanches sans tare, sans infirmité.

Combien peu il en est que rien ne signale à l'attention par la défectuosité de la marche, s'il s'est agi des membres inférieurs; combien peu,

s'il s'agit des membres supérieurs, qui ne restent pas gênés pour toujours dans les actes habituels de la vie.

Je sais que beaucoup parmi vous répondront qu'on doit estimer ces malades trop heureux d'avoir survécu à cette manifestation de la tuberculose, en un mot d'avoir guéri.

Et cette réfléxion trahit précisément l'unique préoccupation du médecin placé en présence d'une tumeur blanche ; celle d'éteindre le foyer tuberculeux. Dès que le foyer est éteint, le médecin se félicite et estime que sa mission est terminée, n'admettant pas qu'il vienne à l'esprit de personne de le chicaner sur la qualité d'une guérison obtenue parfois si péniblement. Prenons, par exemple, la tumeur blanche type, la tumeur blanche du genou.

On attaque le mal de deux manières : les uns, les interventionnistes, les chirurgiens d'adultes, vont réséquer l'articulation malade.

Les autres, les conservateurs à outrance, les chirurgiens d'enfants, vont recourir à l'immobilisation de cette jointure dans un appareil plâtré (avec ou sans révulsifs) pour, 1, 2, 3 ans et davantage.

Des deux façons nous arrivons généralement à la guérison, mais en supprimant l'organe, c'est-à-dire la fonction.

C'est le résultat constant de la résection, c'est le résultat presque constant de l'immobilisation prolongée.

Ainsi donc un médecin qui soigne une tumeur blanche du genou rendra, dans les cas où il arrive à la guérison, et qui sont heureusement la règle, un genou sans articulation, un genou ankylosé.

Cela est vrai également pour les tumeurs blanches des autres articulations, avec cette circonstance aggravante qu'ici l'ankylose est encore plus pénible qu'au genou.

Et cependant partout, même au genou, ces ankyloses se fussent-elles produites en bonne attitude, équivalent à des infirmités, plus ou moins pénibles sans doute suivant les cas, mais qui n'en sont pas moins toujours des infirmités.

De ces infirmités, les malades ne prennent pas aussi facilement leur parti que les médecins.

Cela est si vrai que bien des parents, peut-être même le plus grand nombre, s'éloignent de nous dès que les articulations de leurs enfants sont malades, pour s'en aller trouver les masseurs et les rebouteurs, dans le but et avec l'espoir de voir ces derniers conserver le jeu des articulations, sachant très bien que la tumeur blanche conduit, au contraire, à l'ankylose entre les mains du médecin, du propre aveu de celui-ci. Oui, du propre aveu du médecin ; et c'est très souvent parce qu'à la première visite, le médecin a déclaré aux parents que la guérison se ferait et devrait même se faire par l'ankylose, qu'ils s'éloignent de lui pour courir chez le rebouteur.

Que fera celui-ci ?

Ah ! sa réponse à lui sera tout autre que celle du médecin. Son objectif, je dirai volontiers sa fonction, sa raison d'être c'est précisément de conserver ou de rendre sa mobilité à l'articulation que le médecin a laissé ou va laisser s'ankyloser.

Qu'arrive-t-il ?

Chacun de nous connaît tel cas où un enfant, qui était condamné à l'immobilisation pour un ou deux ans par le médecin, a été guéri par tel masseur, suédois ou autre, dans l'espace de quelques semaines, avec l'intégrité des fonctions de la jointure.

Chez tel autre enfant, l'articulation guérie, avec une raideur persistante, par le médecin, a recouvré sa mobilité entre les mains du rebouteur.

Je me rappellerai toujours un petit coxalgique, d'Amiens, que j'avais laissé, après une immobilisation sévère de plus d'un an, guéri, mais la hanche raide. Malgré la pression de la famille, je m'étais refusé à faire aucune manœuvre de mobilisation, au moins à ce moment trop rapproché de la période floride de la maladie. Devant mon refus, les parents s'adressèrent à un masseur suédois, qui se rit de mes réserves et de mes frayeurs, et massa et mobilisa vigoureusement cette hanche. Quatre à six mois plus tard, l'enfant avait recouvré les mouvements de son articulation en dépit de mes sombres prédictions...

Qu'est-ce à dire ?

Vais-je prétendre qu'il faille à tous coups, après la guérison d'une tumeur blanche par ankylose, même incomplète, procéder pareillement à des manœuvres de mobilisation?

Evidemment, non.

Car, si les rebouteurs ont pu obtenir quelques résultats, ces résultats sont l'infime exception.

Trop souvent, presque toujours, dirai-je, la maladie, du fait de leurs manœuvres, a subi une poussée nouvelle, la guérison a été compromise, et, maintes fois, ce traitement a conduit à une terminaison fatale.

Si bien qu'à l'heure actuelle, dans les Instituts orthopédiques, dirigés par des médecins dignes de ce nom — je veux parler en particulier des Instituts de gymnastique Suédoise, si nombreux à l'étranger, et dont il existe chez nous quelques specimens, — les directeurs m'ont assuré qu'ils se refusaient à soumettre aux manœuvres et exercices de mobilisation, les jointures reconnues manifestement atteintes de tumeurs blanches, c'est-à-dire de lésions tuberculeuses.

La vérité n'est donc certainement pas dans la manière de faire de ces rebouteurs qui mobilisent tout et toujours — par définition, pourrait-on dire.

Mais, par contre, je ne vais pas dire non plus qu'elle se trouve dans la manière de faire des

médecins pour qui la tumeur blanche conduit fatalement à l'ankylose.

Résumons d'un mot les deux méthodes des chirurgiens et des masseurs :

Les chirurgiens recherchent la guérison de la maladie. Ils y arrivent dans la généralité des cas, mais au prix d'une infirmité.

Les masseurs, plus ambitieux, recherchent la guérison intégrale. Ils l'ont obtenue dans quelques cas exceptionnels, mais trop souvent ont compromis la guérison du malade et même causé sa mort.

Donc, à tout prendre, c'est l'attitude des chirurgiens qu'il faudrait évidemment choisir.

Mais pourquoi s'en tenir exclusivement à l'une ou à l'autre de ces méthodes ?

Ne pouvons-nous pas concilier l'intérêt vital et l'intérêt orthopédique du malade ?

N'est-il pas possible de tuer le germe tuberculeux sans ankyloser la jointure ? Et si la guérison se fait avec une jointure enraidie, ne pouvons-nous pas lui rendre des mouvements plus ou moins étendus, sans réveiller la maladie, sans compromettre la guérison ?

En un mot, ne pouvons-nous pas guérir aussi rapidement que nous le faisons en recourant à une opération sanglante et arriver dans un grand nombre de cas à des guérisons aussi complètes que celles que les masseurs n'ont pu obtenir que dans des

cas tout à fait exceptionnels, et cela sans faire courir à nos malades les mêmes risques que ces derniers ?

Je le crois, et je vais essayer d'établir ici ce que doit être notre attitude pour y arriver dans les divers cas qui peuvent se présenter à nous.

Prenons toujours la tumeur blanche typique, celle du genou.

Un malade se présente avec des signes d'ostéo-arthrite.

Commencez par établir, avec la plus grande rigueur possible, votre diagnostic de tumeur blanche.

Je sais bien qu'il est des cas assez avancés où le diagnostic crève les yeux, qu'on me passe l'expression (sans aller même jusqu'à ceux où il existe des fistules), des cas où les fongosités bourrent les tissus constitutifs de l'articulation, où la question, pour un œil exercé, ne se pose même pas.

Je parle des tumeurs blanches tout au début.

Je répète qu'il est d'importance capitale d'établir le diagnostic de l'existence ou de la non existence de la tuberculose de la jointure.

Les lésions que nous avons sous les yeux, peuvent n'être que celles de l'hydarthrose chronique simple, ou bien de l'arthrite subaiguë inflammatoire simple (survenue à la suite d'une entorse passée peut-être inaperçue), ou bien d'une lésion rhumatismale, etc.

Voyez combien il serait désastreux de traiter, comme une tumeur blanche, une pareille lésion non tuberculeuse.

Sans doute, il ne peut guère être question d'intervention sanglante pour une maladie articulaire ainsi au début ; de faire une résection qui, elle, nous laisserait une ankylose, lorsque ces lésions tuberculeuses auraient pu évidemment se guérir avec conservation des mouvements par d'autres moyens.

Mais si l'on ne fait guère en ce cas d'opérations sanglantes, l'on immobilisera volontiers ce genou pour six mois ou un an.

Or, après ce temps, grâce à l'inflammation subaiguë de cette articulation, ce sera l'ankylose.

Je dis : grâce à l'inflammation subaiguë de cette articulation ; l'on a prétendu, en effet, que l'immobilité seule ne pouvait guère donner, même à la longue, une véritable ankylose ; cela est vrai, mais seulement pour les jointures saines ; cela n'est plus vrai lorsque sont immobilisées longtemps des articulations qui sont le siège d'une inflammation comme dans le cas qui nous occupe.

Vous arriverez donc à l'ankylose après une ostéo-arthrite qui n'était même pas une tumeur blanche. Quel désastre !

Supposez maintenant que ce malade, à diagnostic douteux, pour lequel vous avez recommandé une immobilisation dans un appareil plâtré pour

six mois ou plus, que ce malade vous quitte immédiatement pour se remettre entre les mains d'un des rebouteurs dont nous parlons plus haut.

Ce genou va être, au contraire, massé et mobilisé comme s'il s'agissait d'une entorse chronique et quelques semaines ou quelques mois plus tard, vous apprendrez que votre ancien malade marche avec la liberté entière des mouvements de son genou.

Est-ce à dire, comme je le laissais supposer plus haut, que le masseur a pu guérir, en quelques mois, une tumeur blanche par la mobilisation?

Non, je crois que chez ceux de ces malades où la guérison persiste, il n'existait pas de véritable tumeur blanche, mais une lésion articulaire non tuberculeuse.

Or si celle-ci peut guérir par la mobilité ; je ne pense pas que ce soit vrai pour la première en presque aucun cas, à moins qu'on n'y joigne en même temps une autre thérapeutique.

Faites donc le diagnostic, je le répète, si vous ne voulez pas nuire à votre malade et vous exposer à ces surprises désagréables que vous feront les parents qui conduiront, après vous avoir vu, leurs enfants chez les masseurs.

J'insiste en vous citant deux faits qui me sont personnels :

Je recevais, il y a un an, à l'hôpital, avec le diagnostic de tumeur blanche du poignet, une jeune

fille de 16 ans m'arrivant de Paris avec un appareil plâtré que venait de lui appliquer un grand Maître de la chirurgie infantile. L'enfant devait garder son appareil pendant un an au moins; je l'ai fait enlever à l'arrivée pour me rendre compte de l'état de la jointure du poignet.

N'étant pas convaincu de l'existence d'une tumeur blanche, j'ai supprimé l'appareil et fait masser et mobiliser cette articulation déjà partiellement ankylosée.

Deux mois après, l'enfant quittait l'hôpital ayant retrouvé ses mouvements, et depuis huit mois qu'elle travaille de cette main à Paris comme brodeuse, sa guérison ne s'est pas démentie un seul instant.

Je puis enregistrer à mon actif une pareille erreur de diagnostic. C'était, également à l'hôpital, une jeune fille souffrant d'une arthrite subaiguë du genou. Après examen, j'avais conclu à l'existence d'une tumeur blanche et décidé la mise en appareil plâtré pour au moins six mois. L'un de mes assistants, nullement convaincu de l'existence d'une lésion tuberculeuse, me demande de lui permettre de masser cette articulation et de la mobiliser. Après six semaines de traitement, le genou n'était plus douloureux ni enflé, il était guéri et la guérison s'est maintenue parfaite depuis près d'une année.

Ainsi donc, ces erreurs de diagnostic ne sont pas

aussi exceptionnelles qu'on pourrait le croire et elles font la fortune des rebouteurs, qui arriveront alors dans quelques semaines à la guérison parfaite du malade que nous, chirurgiens, nous avions condamné à une immobilisation d'une ou de plusieurs années. Sans doute, l'on ne peut pas soutenir, au point de vue théorique, d'une manière absolue, qu'une articulation atteinte de tuberculose ne se guérira jamais, si vous la mobilisez sans qu'il soit fait un autre traitement ; car la tuberculose d'organes qu'il est impossible d'immobiliser se guérit à la rigueur ; mais en fait, au point de vue pratique, l'on peut admettre qu'une articulation où l'on voit, sous l'influence des massages et des mouvements faits sans autre traitement, la maladie se guérir au lieu de s'aggraver, l'on peut admettre qu'il s'agissait d'une lésion articulaire non tuberculeuse.

Cela nous servira pour faire le diagnostic dans es cas douteux. L'on devrait pouvoir recourir à l'injection de tuberculine pour faire ce diagnostic précoce dans les cas au début.

Pour l'instant, en attendant que l'usage de la tuberculine soit devenu courant, je fais le diagnostic en m'appuyant sur ce que j'ai dit plus haut et voici comment je me conduis :

Je traite ces articulations suspectes de tumeurs blanches, comme s'il s'agissait d'un faux pas ou d'une entorse par des massages et par l'exercice plus ou moins complet des mouvements.

Si après 2, 3, 4 semaines de ce traitement, tous les signes de l'inflammation articulaire sont disparus, j'en conclus qu'il ne s'agissait pas d'une lésion tuberculeuse.

Si, au contraire, sous l'influence de ce traitement les signes s'accusent, la douleur surtout, concluez à la tumeur blanche et traitez votre malade en conséquence.

Ce traitement de la tumeur blanche bien reconnue, bien avérée, quel sera-t-il ?

Je repousse les traitements sanglants pour la raison que vous devinez :

La résection compromet par trop le fonctionnement des membres ; elle laisse une mutilation ou une infirmité.

Les résultats que laisse la méthode sanglante appliquée aux tumeurs blanches sont donc trop médiocres pour que nous puissions actuellement nous en contenter.

C'est donc le traitement conservateur que nous allons appliquer ?

Non, ce traitement est trop indirect ; je dirai volontiers : ce traitement n'en est pas un ; car le chirurgien, en pareil cas, ne fait guère, ayant mis la jointure au repos, qu'attendre la disparition spontanée des lésions tuberculeuses.

Or, cette disparition spontanée demandera de longs mois ou plutôt de longues années, et vous devinez dans quel état d'atrophie du membre et d'enraidissement de la jointure se trouvera le malade

après une immobilisation d'une pareille durée, d'autant qu'on n'est pas sûr, lorsqu'on a procédé de la sorte, que même après un repos de plusieurs années toutes les lésions aient bien disparu, qu'il ne reste pas une étincelle sous cette cendre. Il faut donc concilier ces deux choses : guérir la jointure sans mutilation comme avec le traitement conservateur, et la guérir vite comme avec le traitement sanglant; la guérir vite, c'est-à-dire avant que la fonction n'ait eu le temps de se perdre ou du moins n'ait pu se perdre que très partiellement.

Depuis déjà plusieurs années je me suis efforcé de concilier ces deux indications ; le moyen de traiter énergiquement, de guérir vite les tumeurs blanches des membres sans cependant faire des mutilations ; je n'en connais pas d'autre que celui qui consiste à faire des injections modificatrices intra-articulaires, c'est-à-dire dans les grandes cavités synoviales (1).

Je me suis expliqué dans des communications antérieures sur cette technique; j'ai montré qu'on pouvait considérer la tumeur blanche comme un abcès froid véritable s'il y a un épanchement articulaire ; comme un abcès froid virtuel, lorsque l'épanchement n'existe pas encore; que le meilleur traitement devait être pour elle, comme pour

(1) Voir sur ce sujet la thèse de mon ancien interne, le Dr Dulac. Paris, 1898.

l'abcès froid ordinaire : les ponctions suivies d'injections de liquides modificateurs ; de cette manière l'on guérit sûrement, plus sûrement qu'avec n'importe quel autre procédé, l'on guérit plus vite, l'on guérit sans mutilation, c'est-à-dire qu'on laisse la jointure dans les meilleures conditions pour qu'elle puisse recouvrer ses mouvements.

La guérison s'obtient, comme dans le cas d'abcès froid, après 8 à 10 ponctions qui se font tous les 4 ou 5 jours, c'est-à-dire dans l'espace de 4 à 8 semaines. Lorsque je parle de guérison, je veux dire qu'après 8 à 10 injections, j'estime que toutes les lésions bacillaires qui existent sur les parois osseuses ou molles de la grande cavité articulaire sont éteintes; tous les tissus morbides sont détruits aussi sûrement qu'après une intervention sanglante et plus sûrement qu'après plusieurs années d'immobilisation simple (1).

Dès que je considère ce résultat comme obtenu, il ne reste plus qu'à rétablir la fonction ; je m'en

(1) L'immobilisation par les appareils est loin de donner à tous coups la guérison, même lorsqu'on la continue pendant de longues années.

Ainsi, je recevais, il y a deux ans, une jeune femme de Reims qui souffrait d'une tumeur blanche du genou droit *depuis douze ans.*

Bien découragée, on le devine, elle était venue me demander s'il n'y avait donc pas un moyen de la guérir sans opération.

Je lui ai déclaré franchement que je n'en connaissais qu'un, c'était de faire des injections modificatrices dans son genou.

Elle a accepté, et après trois mois pendant lesquels j'ai

occupe après quelques semaines de repos par des massages, des mouvements communiqués à la main et surtout par des machines appropriées à chaque jointure, de manière que le malade puisse exercer lui-même son articulation ; exercices demandant au malade trois heures par jour environ.

Cette mobilisation de la jointure demande quelques mois.

Cette mobilisation consécutive est d'autant plus facile et plus efficace que jamais, à aucun moment du traitement, je n'ai complètement immobilisé la jointure, si ce n'est passagèrement dans les cas où le malade souffre.

Si je n'immobilise pas la jointure, ce n'est pas que je ne croie pas à la bonne influence de l'immobilisation sur l'évolution du bacille où qu'il soit placé, mais j'admets, d'autre part, que, malgré cette petite tendance, que les lésions bacillaires auraient à augmenter du fait de la liberté de la jointure, nous saurons les éteindre par l'action de nos liquides modificateurs. Cette liberté ne saurait donc avoir d'inconvénients notables ; elle nous

fait une vingtaine d'injections, la guérison a été acquise — une guérison qui ne s'est pas démentie depuis.

Deuxième exemple de l'impuissance du traitement par l'immobilisation simple. En ce moment même, je soigne une jeune fille de Valenciennes qui a une tumeur blanche du genou depuis neuf ans, et que le traitement de l'immobilisation simple n'a pas pu guérir. J'ai commencé à pratiquer dans sa jointure des injections modificatrices.

Et je pourrais citer un bon nombre d'observation analogues.

procure par contre l'immense appoint de ne pas laisser les surfaces articulaires se souder pendant la durée du traitement actif par des injections, condition qui facilitera le retour des mouvements après la guérison obtenue.

Ce traitement est délicat et minutieux, il doit être suivi presque jour par jour pendant plusieurs mois. Il demande par conséquent cent fois plus de temps au médecin que le traitement (un peu trop sommaire tout de même) qui consiste à réséquer d'emblée toutes les jointures atteintes de tumeurs blanches, et même que le traitement qui se borne à l'application de 3, 4, 5 appareils plâtrés ; chaque appareil demandant en moyenne 10 minutes.

Mais la compensation est plus que suffisante si l'on compare les résultats que donne généralement cette manière de faire avec les résultats que laissent soit la résection soit le traitement conservateur simple.

Je ne sais si j'ai su faire un exposé bien net de la méthode que je conseille; mais je vais citer quelques faits où j'ai appliqué ces principes.

Trois jeunes filles me sont venues il y a 6 mois avec des diagnostics de tumeurs blanches des genoux. N'étant pas sûr de ce diagnostic, je me suis conduit comme je l'ai indiqué plus haut ; je les ai soumises toutes trois au massage et à des essais de mobilisation. Après 6 semaines, l'une d'elles était guérie par ce traitement orthopédique simple et est restée guérie. Voilà un cas qui

aurait fait la fortune des rebouteurs; mais les deux autres avaient vu leur état empirer, le gonflement et la douleur s'étaient aggravés et chez ces deux là le diagnostic de tumeur blanche s'imposait maintenant; je les ai traitées toutes deux par des injections intra-articulaires d'un mélange d'éther iodoformé et de naphtol camphré, et par des ponctions successives, toujours comme dans le cas d'un abcès froid ordinaire et je leur ai permis de faire quelques mouvements pendant la durée de ce traitement.

Après 6 semaines, les injections ont été cessées, je ne retirais plus qu'un liquide sanguinolent et j'ai mobilisé ces jointures à l'aide d'appareils spéciaux.

Les massages et la mobilisation qui avaient échoué avant le traitement actif, ont réussi cette fois, les lésions bacillaires ayant disparu.

Ces trois malades sont actuellement bien guéries, toutes trois avec leurs mouvements.

Ces faits ne sont pas isolés. J'en pourrais citer un bon nombre d'autres où la guérison de la tumeur blanche plus ou moins grave a été obtenue avec conservation des mouvements, au coude, au poignet, au cou de pied.

Ces observations détaillées figureront dans un autre mémoire, il serait trop long de les rapporter ici. Je veux cependant vous citer un fait où il s'agissait d'une tumeur blanche du cou de pied, parce qu'il est très instructif au double point de vue qui nous intéresse de la guérison de la maladie et de la conservation des mouvements de la jointure.

Il s'agissait d'un enfant de Philippeville que j'ai eu à soigner.

Première phase du traitement. — Cet enfant entré à l'hôpital de Philippeville, y avait été soigné pendant 2 ou 3 ans par l'immobilisation. La tumeur blanche avait guéri, mais le cou de pied était demeuré ankylosé.

Deuxième phase. — La famille entend parler d'un rebouteur de Lille qui rendait le mouvement aux jointures ankylosées, et lui conduit l'enfant.

Là, on brise l'ankylose et l'on rend quelques mouvements à la jointure, mais la maladie est réveillée, les douleurs reparaissent avec un gonflement violacé de la région.

Troisième phase. — L'enfant vient chez moi et sa mère me conte l'histoire que je viens de vous dire.

L'enfant était donc guéri, mais avec une ankylose au moins partielle, avant d'aller chez le rebouteur.

Depuis son passage chez le rebouteur, le pied avait recouvré des mouvements, mais la maladie avait reparu, le malade avait encore sa tumeur blanche.

Vous devinez ce que j'ai fait : j'ai cherché à éteindre la maladie avec des injections modificatrices intra-articulaires de naphtol camphré, ce qui a été l'affaire de dix injections faites dans l'espace de six semaines.

Mais, pendant ce temps, je me suis préoccupé

d'entretenir la mobilité de la jointure malade par quelques exercices quotidiens faits avec douceur, et j'ai pu guérir ainsi complètement mon malade en sauvant les fonctions de l'articulation.

C'est à la méthode des injections modificatrices que je dois cette guérison.

Au contraire la mobilisation seule avait amené entre les mains du rebouteur un retour de la tumeur blanche qu'on ne savait plus comment enrayer, si bien que l'on s'était bien vite débarrassé d'un malade aussi compromettant.

Est-ce à dire que nous arriverons à tous coups, par les moyens que je viens d'indiquer, à la guérison des tumeurs blanches avec conservation des mouvements. Hélas ! non, mais l'on obtiendra ces résultats, si l'on y travaille, dans un grand nombre de cas ; et ces guérisons intégrales seront, j'en suis convaincu, de plus en plus nombreuses au fur et à mesure que nous deviendrons plus habiles et plus familiers avec l'emploi des procédés que j'ai signalés.

Pour conserver les mouvements, il faut que nous prenions les tumeurs blanches tout au début ; ou bien, si nous arrivons à une période plus avancée, il faut que la déviation soit nulle ou presque nulle....

Il y a des articulations où l'on réussit à peu près constamment à conserver la mobilité ; c'est le coude en première ligne, puis le cou de pied et le poignet ; la réussite est encore fréquente au genou,

un peu moins à l'épaule et au contraire rare à la hanche.

Les insuccès qui portent, non pas sur la guérison de la maladie, mais sur la conservation des mouvements, peuvent être rapportés à deux causes :

1° La jointure reste sensible et chaque essai de mobilisation augmente cette sensibilité.

Après avoir renouvelé ces essais pendant quelques semaines, l'on est obligé de renoncer, au moins pour l'instant, à l'espoir de recouvrer les mouvements, à cause de la réaction de la jointure. Alors on en prend son parti; le malade est guéri avec une articulation raide il est vrai, mais en bonne position.

2° La mobilité se rétablit, mais le membre prend et conserve une mauvaise attitude par défaut d'harmonie des groupes musculaires.

On lutte en ce cas vigoureusement par des massages quotidiens ou même bi-quotidiens, portant sur les muscles les plus faibles pour les mettre en état de lutter contre leurs antagonistes.

Encore dans ce cas, si après une lutte de quelques mois, l'on ne peut arriver à corriger l'attitude vicieuse, il vaut mieux, lorsqu'il s'agit des membres inférieurs, sacrifier la mobilité à la bonne attitude ; il vaut mieux, pour la régularité de la marche, avoir un genou ou une hanche enraidis en bonne position qu'un genou ou une hanche mobiles avec flexion ou adduction marquées.

Cette difficulté existe surtout à la hanche, nous le verrons au chapitre de la coxalgie (chapitre X).

En réservant donc pour l'instant la question de la mobilisation de la hanche, je crois pouvoir conclure en disant qu'il est possible dans un très grand nombre de cas de guérir les tumeurs blanches en conservant la mobilité des articulations.

Que l'on est autorisé, après avoir guéri le foyer tuberculeux par des injections intra-articulaires, à développer cette mobilité, puisque dans les cas très rares où ces manœuvres réveilleraient le foyer morbide, on pourrait l'éteindre par les mêmes injections et que même dans ce cas l'on n'aurait par conséquent rien perdu à avoir essayé.

Ainsi pourrons-nous à l'avenir arriver fréquemment à une véritable et complète guérison des tumeurs blanches, à guérir le mal en sauvant le fonctionnement de la jointure.

Et nous aurons supprimé dans une large mesure les infirmités que laissent trop souvent après elles les tumeurs blanches. »

En somme, les opérations sanglantes ne sont pas plus nécessaires ici qu'ailleurs pour arriver à la guérison de la tuberculose ; je passe parfois une année entière sans faire une amputation ni même une résection, et cependant combien n'ai-je pas reçu de tumeurs blanches graves, de tumeurs blanches fistuleuses !

Les injections modificatrices guérissent plus sûrement et guérissent mieux que les opérations sanglantes; mes guérisons actuelles sont bien plus

nombreuses et bien plus belles que celles que j'obtenais autrefois, lorsque je soignais, comme tous les autres chirurgiens, la plus grande partie des tumeurs blanches, la scie à la main.

Ces injections modificatrices, en effet, atteindront plus sûrement que la scie ou la curette, la totalité des lésions de la jointure tuberculeuse.

Mais à la condition qu'elles seront faites dans la cavité articulaire.

Voilà un genou tuberculeux, peut-on espérer raisonnablement que les injections faites au chlorure de zinc sur le pourtour de la rotule — en dehors de la synoviale, en dehors du foyer tuberculeux, — vont modifier les fongosités qui tapissent les surfaces osseuses, ou le ligament postérieur de l'articulation ?

Au contraire, si l'on injecte le liquide dans la cavité articulaire, il va provoquer un épanchement artificiel qui aura pour premier effet de dérouler, de développer tous les culs-de-sac de la synoviale. Ceux-ci viendront ainsi se présenter d'eux-mêmes à l'action du liquide modificateur et seront plus sûrement touchés et assainis que si l'on avait attaqué la tumeur blanche par une résection.

L'on conçoit donc que les injections simplement péri-articulaires sont trop infidèles et laissent trop de déconvenues.

Il faut porter le remède là où est le mal, il me semble !....

Le traitement de la tumeur blanche se ramène

par conséquent à celui de l'abcès froid. La tumeur blanche est l'abcès froid des articulations : c'est évident lorsque la cavité articulaire est remplie de pus tuberculeux ; mais c'est encore vrai lorsque la tumeur blanche est sèche, puisque dans ce cas également existe l'élément caractéristique de l'abcès froid, à savoir la paroi active, tuberculeuse, cette paroi n'étant autre que celle de la cavité articulaire qui est tapissée de fongosités tuberculeuses.

Lorsque la tumeur blanche est suppurée on la traitera donc comme un abcès froid ordinaire par des ponctions et des injections de liquides modificateurs dosés comme s'il s'agissait d'abcès froid.

Lorsqu'elle est fongueuse, sans épanchement appréciable, il faut commencer par provoquer cet épanchement dont l'effet mécanique sera de dérouler tous les replis de la synoviale et de les rendre bien accessibles au liquide modificateur.

Cette hydarthrose ou pyarthrose artificielle doit être amenée par des injections quotidiennes de 1 ou 2 gr. d'une solution de chlorure de zinc à 1/50, ou de teinture d'iode à 1/3, ou même d'éther iodoformé.

Dès que l'épanchement est produit, ce cas revient au précédent et l'on se sert à partir de ce moment du mélange d'éther iodoformé et de naphtol camphré pour les injections.

Mais, tant que la cavité ne renferme pas nettement du liquide, le naphtol camphré ne doit pas être employé.

Injecté dans une cavité articulaire virtuelle ou dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans une fongosité solide, il peut être dangereux, même aux toutes petites doses ; injecté dans une cavité d'abcès froid, il ne l'est pas à des doses moyennes.

Est-il en principe un liquide modificateur que l'on doive préférer aux autres ?

Nous employons presque exclusivement pour notre compte un liquide iodoformé (huile, glycérine ou éther) et du naphtol camphré.

Quel est celui qui vaut le mieux ?

Pour les enfants pusillanimes et les formes légères de la tuberculose articulaire, la glycérine ou l'huile iodoformées me paraissent préférables, la réaction est ainsi minime. Il ne se fait pas en pareil cas d'épanchement articulaire, les fongosités se modifient et se rétractent.

Avec presque tous les autres liquides et le naphtol camphré en particulier, il se produit une réaction plus grande qui entraîne la fonte de ces fongosités et leur chute dans la cavité articulaire gonflée par un liquide composé de leurs débris et de la sécrétion de la synoviale irritée.

Avec l'iodoforme la tuberculose évolue suivant le type sec.

Avec le naphtol camphré la tumeur blanche devient liquide ; elle évolue comme un abcès froid de la jointure.

Qu'est ce qui vaut le mieux ?

Les injections d'iodoforme sont mieux acceptées

et elles donnent peut-être un peu plus de chances de conserver la mobilité de la jointure.

Les injections de naphtol camphré donnent peut-être une guérison plus sûre en ce qu'elles amènent les débris des fongosités à l'extérieur ; elles modifient plus profondément les tissus et sont préférables pour les tumeurs blanches, un peu anciennes déjà, où la question de mobilité à conserver ne se pose même pas. Mais le naphtol camphré ne peut être manié que par des mains exercées.

Les unes et les autres, injections iodoformées et injections de naphtol camphré, guérissent et je suis convaincu que l'on peut arriver encore à la guérison avec plusieurs autres liquides modificateurs : créosote, gaïacol, formol, teinture d'iode et même chlorure de zinc, pourvu que les injections se fassent dans la grande cavité articulaire.

Ces injections sont faites deux fois par semaine, il en faut généralement une dizaine pour assainir la jointure ; la durée de ce traitement actif est donc de six semaines en moyenne.

A la suite de la dernière injection, on fait une ou deux ponctions évacuatrices dans les cas où existait un épanchement, car la synoviale peut continuer à sécréter pendant une ou deux semaines un liquide, indifférent il est vrai...

Que deviennent les mouvements pendant ce traitement ?

La jointure est laissée en liberté, c'est-à-dire

que les deux leviers articulaires ne sont pas mathématiquement immobilisés par un appareil plâtré, mais on assure cependant un demi repos de l'articulation traitée ; s'il s'agit du coude, par exemple, le malade va et vient avec un simple pansement aseptique et une bande de mousseline. Son bras ne peut fournir un travail sérieux qui amènerait des douleurs trop vives ; il se produit cependant un certain jeu dans l'articulation par le seul fait de la non immobilisation rigoureuse et ce jeu relatif suffit à en entretenir les mouvements.

S'il s'agit du membre inférieur, le malade ne doit pas marcher pendant la période des injections ; la marche serait pénible, à ce moment, et l'on s'exposerait à voir se produire de petites entorses de la jambe ; il gardera le repos au lit, mais sans qu'il soit fait d'immobilisation sévère de l'articulation ; une simple bande de mousseline maintenant un léger pansement aseptique et c'est tout. On installe aussi une traction continue sur ce genou ou ce pied malades pour maintenir la bonne attitude.

Instinctivement l'enfant fera, tout en restant dans la position couchée, quelques mouvements de la jointure en traitement, et cela suffira pour prévenir la soudure.

Dès que le traitement par les injections est fini, l'on attend patiemment que la mobilité revienne et se développe progressivement.

Le malade conserve cette position couchée

(avec liberté de la jointure) pendant plusieurs mois ; le faire marcher trop tôt ce serait l'exposer aux faux pas ou petites entorses qui pourraient provoquer de petits épanchements articulaires et ramener une certaine inflammation de la jointure.

L'autorisation de marcher ne sera donnée au malade que lorsqu'il aura recouvré la vigueur nécessaire des muscles, ce qui s'acquiert par de longs et prudents massages faits quotidiennement après les injections par un médecin spécialiste, et les premiers pas seront guidés et soutenus par l'appui de deux aides, remplacé bientôt par l'appui de deux bâtons.

L'on ne peut pas poser de règles générales à ce sujet, il y a des indications spéciales pour chaque jointure et pour chaque cas particulier. C'est au clinicien à saisir ces indications en revoyant le malade fréquemment pendant la durée de ces massages.

Car on pense bien que ce traitement demande une beaucoup plus grande attention et une beaucoup plus grande dépense de temps que celui qui consiste à appliquer des appareils plâtrés tous les six mois pendant deux, trois, quatre ans.

Mais ce dernier traitement sans guérir sûrement même après 4 et 5 années, finira par l'atrophie du membre et l'ankylose, tandis que le traitement que nous préconisons tout en donnant des guérisons plus certaines, laissera souvent la mobilité de l'articulation avec des masses charnues très vigoureuses.

Cette mobilité revient fréquemment sous l'influence des seuls massages sans manœuvres de mobilisation.

Un médecin de mes amis a vu ainsi son genou, en apparence ankylosé, recouvrer les mouvements après six mois de massages bien faits.

Après avoir parlé des injections modificatrices, qui permettent de guérir la tumeur blanche et des moyens qui nous permettent de conserver souvent la mobilité de la jointure assainie, il nous reste à parler de la question des attitudes vicieuses — question grave dans l'histoire des tumeurs blanches, surtout des tumeurs blanches du membre inférieur.

La marche produit ou aggrave sérieusement ces déviations ; c'est au membre inférieur qu'elles sont le plus fréquentes et le plus rebelles. C'est là cependant qu'il importe le plus de les corriger entièrement ; car, lorsqu'il s'agit des membres inférieurs, il est quelque chose de plus important à sauvegarder ou à recouvrer que la mobilité de la jointure : c'est son attitude.

On peut dire, d'une manière générale, que lorsque des deux avantages l'on est obligé d'en sacrifier un, il faut sacrifier les mouvements pour conserver une attitude normale.

J'étudierai dans un autre chapitre les ankyloses et leur traitement.

Je veux parler ici simplement des déviations

qui apparaissent dans le cours d'une tumeur blanche en pleine évolution.

Il est fréquent que le malade, atteint de tumeur blanche, nous arrive avec une attitude vicieuse.

Le traitement que tous les chirurgiens conseillent en pareil cas, le voici :

1° Endormir le malade pour redresser la jointure ;

2° Maintenir la correction avec un appareil plâtré laissé indéfiniment.

C'est le moyen le plus simple, en effet, mais non pas le plus inoffensif ; car il n'est pas indifférent de faire ces manœuvres de correction sur une jointure en pleine tuberculose floride. C'est pour cette raison que nous en sommes venu à ne pas faire généralement le redressement complet d'emblée. Nous commençons par assainir préalablement la jointure et nous redressons ensuite, c'est-à-dire à un moment où tout danger d'inoculation est supprimé.

A l'hôpital, dès que l'articulation est assainie, nous redressons dans la majorité des cas en une séance, et le redressement est suivi de l'application de l'appareil plâtré.

En ville, si l'on nous demande de guérir en essayant de sauvegarder la fonction, le redressement se fera lentement, sans chloroforme, par une traction continue exercée sur la périphérie du membre dévié. — Pas de chloroforme, pas de

manœuvres de redressement, pas d'appareil plâtré.

Supposons qu'il s'agisse d'un genou dévié, nous corrigerons l'attitude vicieuse à l'aide d'une traction de quelques livres installée au pied et dont l'action s'exerce jour et nuit; petit à petit la jointure se redresse en effet. Si l'articulation n'est pas douloureuse, on fait en même temps que cette traction une pesée directe sur le genou à l'aide d'un petit sac de sable au 3/4 rempli, qui coiffe la région saillante.

Cette thérapeutique est pleine d'avantages puisqu'on évite l'ennui de l'anesthésie et le danger d'innoculation qu'il y a à redresser en une séance un genou farci de produits tuberculeux ; l'on évite également l'atrophie et l'enraidissement qu'entraînent les appareils plâtrés.

Et cette méthode est si douce, si peu traumatisante qu'il n'est pas nécessaire pour l'employer que la tumeur blanche soit guérie ; en même temps que le redressement se fait sous l'influence de cette traction installée au pied, l'on peut s'occuper du traitement de l'arthrite, c'est-à-dire des injections modificatrices et après 6 à 8 semaines, au moment où celles-ci sont terminées, l'on se trouve en présence d'un genou non seulement assaini, mais encore redressé, droit ou presque droit.

Il n'y a plus qu'à maintenir cette attitude par la traction du pied, par l'application d'un coussin de sable sur le genou (l'enfant étant toujours dans la position couchée, bien entendu).

Et quelques semaines après l'on pourra s'occu-

per des moyens de recouvrer la mobilité sans rien perdre de la bonne attitude de l'articulation, en maintenant le membre droit avec les poids appliqués soit au pied, soit sur le genou, dans l'intervalle des séances de massages et de mobilisation douce.

L'on devine que l'on ne peut entreprendre une pareille médication que si l'on est secondé par des parents intelligents et attentifs, qui surveillent constamment leur enfant. Encore faut-il avouer qu'en se plaçant dans les meilleures conditions l'on verra parfois la mobilisation de la jointure compromettre l'attitude du membre.

Dans ce cas, je l'ai dit, il faut, après que cette constatation a été faite, après une lutte de quelques mois, sacrifier la mobilité à la bonne attitude du membre lorsqu'il s'agit du membre inférieur.

Quelques fonctions secondaires resteront difficiles sans doute, mais la fonction capitale, la marche, y gagnera en correction et en solidité...et une pareille guérison pourra encore être considérée comme satisfaisante.

Mais il est temps de passer en revue les diverses articulations des membres pour indiquer les particularités qui se rattachent à chacune d'elles.

Tumeurs blanches en particulier.

Tumeur du genou.

Premier cas. — *Tumeur blanche sèche sans abcès.*

Il est trois choses à considérer dans le traitement de la tumeur blanche.

a) L'extinction du foyer tuberculeux que l'on obtient par les injections de liquides modificateurs de la tuberculose.

b) La correction de l'attitude vicieuse.

c) La conservation du fonctionnement de l'articulation.

a) Les injections modificatrices du genou :

S'il s'agit d'une forme légère, nous injecterons de la glycérine iodoformée ; dans les formes plus anciennes ou plus graves, un mélange de napthol camphré et d'éther iodoformé après quelques injections préalables de chlorure de zinc à 1/50.

On enfoncera l'aiguille dans la partie externe du cul-de-sac sous-tricipital ou bien dans l'interligne, de chaque côté de la rotule. Si la cavité articulaire est cloisonnée, on fera des injections en plusieurs points.

b). L'attitude vicieuse se corrigera lentement, progressivement, sans chloroforme, par une petite traction continue aidée d'une pesée également continue sur le genou, le malade gardant la position couchée. Cette correction lente peut se faire en même temps que les injections modificatrices.

Si vous voulez faire en une séance la correction pour un enfant qui, pour une raison ou pour une autre, ne peut pas rester de longs mois sous votre surveillance, vous le pouvez mais seulement après avoir par les injections modificatrices assaini la jointure.

c) Les mouvements de la jointure ne se seront pas perdus si l'on n'a pas appliqué d'appareil plâtré, si on a laissé le genou libre, maintenu seulement par une bande molle.

On les développera quelques mois plus tard par les massages et quelques manœuvres de mobilisation à la machine mise en mouvement par le malade lui-même.

Si après 6 à 10 mois de soins on voit qu'on doit sacrifier l'attitude ou la mobilité, il vaudra mieux sauvegarder l'attitude. Mais nous reviendrons sur ce point en étudiant le traitement des ankyloses.

Deuxième cas. — *Tumeur blanche avec abcès fermé.* — Cet abcès fermé, on le traitera par les moyens ordinaires et si l'on pense qu'il ne communique plus nettement avec la cavité articulaire, on fera en outre quelques injections dans celle-ci.

Troisième cas. — *L'abcès est ouvert.* — On aura beaucoup de mal pour arriver à la guérison. Il faut faire des injections pendant longtemps, directement par la fistule ou par voie rétrograde.

Et l'on arrive ainsi à des résultats merveilleux si l'on est bien persévérant.

Je pourrais citer tel et tel enfant qui m'ont été envoyés pour les amputer de la cuisse et qui étaient porteurs de 8, 9, 10 fistules et chez qui j'ai tenté, malgré tout, la conservation. Après 6 mois, 10 mois, 12 mois, toutes les fistules étaient fermées ; le traitement avait consisté en ceci : le repos, l'an-

tisepsie absolue, des injections de teinture d'iode, de chlorure de zinc au 50e, de naphtol camphré, d'éther iodoformé.

Si cela traîne trop en longueur, comme en pareil cas il n'est pas question de guérir autrement que par ankylose, on peut à un moment donné, lorsque déjà le genou est partiellement assaini l'ouvrir, et achever sa toilette, souder les deux surfaces ainsi nettoyées, mais sans supprimer les cartilages de conjugaison.

On peut faire de même une résection très économique pour souder un genou qui était très dévié avec altération grave de la forme des extrémités articulaires. Cette résection ne se fera qu'après avoir préalablement assaini le genou et avoir obtenu, en très grande partie, le redressement par une traction méthodique, de manière que l'adaptation des deux surfaces, après avivement, soit possible sans sacrifices osseux intéressant le cartilage de conjugaison, tous les tissus mous ayant été distendus et façonnés par cette longue traction préalable. Cette résection est faite ici pour améliorer le résultat orthopédique et non pour détruire le foyer tuberculeux.

Cependant lorsqu'il y a des fistules qu'on n'arrive pas à guérir dans quelques mois par les injections, je ne vois pas d'inconvénient, je l'ai dit, à ce qu'on aille procéder avec le bistouri et la curette à la recherche d'un séquestre s'il y en a, ou à une toilette complète des surfaces articulaires.

La résection se faisant après des injections modificatrices dans ce cas où la question de la mobilité de la jointure ne se pose même pas, et où ce qu'on recherche uniquement c'est un genou droit et bien soudé, dans ce cas, dis-je, la résection peut rendre des services et ne présente pas d'inconvénients.

Tumeur blanche du cou de pied.

Presque tous les chirurgiens résèquent ou immobilisent pendant des années dans un appareil plâtré ; actuellement je fais des injections modificatrices dans l'articulation et le pied guérit, souple et solide.

Le malade est couché ou marche avec des béquilles, sans poser le pied à terre, mais sans porter d'appareil plâtré.

L'on fera les injections à la glycérine ou à l'huile iodoformées, les autres liquides amenant des douleurs dans cette jointure serrée. L'on se servira d'une fine aiguille dont on introduira l'extrémité dans l'interstice qui répond à la face interne où à la face externe articulaire de l'astragale : tantôt dans l'un, tantôt dans l'autre de ces interstices.

Tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne et des petites articulations du pied.

Rien à dire de particulier pour la jointure médio-tarsienne. S'il s'agit de tumeur blanche des petites articulations du pied, l'on se souviendra qu'il est difficile de faire pénétrer le liquide dans des jointures aussi serrées.

En outre, par la situation très surperficielle, presque sous-cutanée de ces articulations, la peau est constamment menacée soit de dedans en dehors par les fongosités, soit de dehors en dedans par les piqûres de l'aiguille.

Ce qui est encore une raison de redoubler ici de précautions si l'on veut éviter l'ouverture de ces tumeurs blanches. Il ne faut se servir ici que d'aiguilles très fines.

Tumeurs blanches du membre supérieur. Epaule.

L'injection se fera au niveau de l'interligne sur le bord externe du cul-de-sac envoyé par la synoviale sur la coulisse bicipitale.

Pas d'appareil plâtré, un simple pansement aseptique et une bande de mousseline.

Coude.

L'injection se fera sur le pourtour de l'olécrane en arrière ou bien dans l'interligne de l'articulation de l'humérus et du radius. Pour cette jointure, la guérison parfaite avec conservation intégrale des mouvements est la règle. Une règle qui ne comporte presque pas d'exceptions.

Poignet.

Avec une fine aiguille injecter de la glycérine iodoformée au niveau de l'interligne articulaire en arrière.

Pour les petites articulations de la main et des doigts nous ferons les mêmes réflexions que pour les tumeurs blanches des petites articulations du pied.

CHAPITRE IX

De la mobilisation des ankyloses.

Sommaire : L'on doit séparer les ankyloses d'origine tuberculeuse de celles qui succèdent à des affections articulaires non tuberculeuses.

Celles-ci sont de petites raideurs ou des ankyloses complètes.

Les petites raideurs se guérissent sans difficulté et sans danger par des mobilisations répétées.

Les ankyloses complètes ne peuvent être mobilisées qu'autant qu'on a, dans une intervention faite sous chloroforme, amorcé tout d'abord le mouvement.

L'on court le danger de provoquer ainsi une inflammation violente de l'articulation traumatisée.

Mais ce danger, on peut le conjurer sûrement en immobilisant mathématiquement les deux leviers articulaires dans les jours qui succèdent à l'intervention. L'on ne commencera les exercices de mobilisation que lorsque la sensibilité et la fièvre auront complètement disparu.

S'il s'agit d'ankylose, suite de tumeur blanche, à ce risque s'ajoute celui de réveiller la tuberculose, de provoquer un abcès froid.

Mais nous savons à l'heure actuelle guérir sûrement et dans l'espace de quelques semaines, par des injections modificatrices, les abcès froids accessibles.

Ce qui revient à dire : en brisant une ankylose pour la mobiliser, nous risquons une arthrite simple s'il s'agit d'affections articulaires non tuberculeuses; une arthrite avec abcès froid s'il s'agit d'ankylose, suite de tumeur blanche, et ce double danger nous savons le conjurer d'une manière certaine.

Autre chose est répondre de l'efficacité de l'intervention, c'est-à-dire du résultat définitif.

Nous ne parlons pas ici des petites raideurs qui guérissent assez facilement, mais des ankyloses complètes.

Quoiqu'on fasse (et pour bien faire les choses, il faut consacrer une heure par jour pendant plusieurs mois à son malade, en outre des exercices qu'il fera lui-même), quoi qu'on fasse, l'on n'a guère que 50 chances pour 100 d'arriver à une mobilisation vraiment utile de la jointure ankylosée (tout au moins à l'heure actuelle).

Donc rien à perdre ; le pis qui puisse arriver c'est de revenir à l'état antérieur, et près de moitié de chances, d'obtenir des mouvements utiles, 6 à 12 mois de traitement au minimum. Voilà comment la question doit être posée au malade ou à sa famille à qui je laisse toujours le soin et la responsabilité de la résoudre.

J'ai déjà parlé des ankyloses en parlant du traitement classique des tumeurs blanches (1).

C'est celui-ci qu'il nous faut modifier si nous voulons réduire le nombre des ankyloses.

Car le meilleur traitement de l'ankylose est encore le traitement préventif.

Si la France est le pays où abondent les ankyloses, c'est parce que nulle part le dogme de l'immobilisation absolue dans toutes les maladies articulaires, quelle que soit leur nature, n'a été plus en honneur que chez nous.

(1) Voir le chapitre précédent.

On en revient, de ce traitement, pour les arthrites traumatiques, ces petites arthrites qui s'appellent des entorses.

Au lieu de traiter les entorses par un repos de plusieurs mois dans un appareil plâtré, on les masse dès la première heure et on permet la marche dès les premiers jours.

Et ces entorses guérissent plus vite qu'autrefois avec une conservation le plus souvent intégrale des mouvements.

Mais le dogme de l'immobilisation absolue reste intangible pour presque tous les chirurgiens dès que la jointure est atteinte par le bacille tuberculeux.

L'immobilisation absolue prolongée pendant des années produit généralement l'ankylose. Presque tous les médecins vous répondront : Tant mieux, c'est l'ankylose que nous cherchons. L'ankylose c'est la guérison de la tumeur blanche, une guérison plus solide, plus durable...

Je lisais dans une thèse récente : « La nature tend de toutes ses forces à produire l'ankylose suivant la remarque des auteurs allemands. Ne contrariez pas la nature. » Cette raison est plaisante, en vérité. La nature dans la tumeur blanche tend à la destruction de la jointure et à l'infection générale de l'organisme, elle tend à produire des déviations de plus en plus fâcheuses, faut-il éviter de la contrarier ?

Dans les diverses maladies où la nature tend à la destruction de l'individu, ne faut-il pas la contrarier ?

Un autre argument plus sérieux c'est que dans une jointure ankylosée la maladie se réveillera moins facilement. Il faudrait donc supprimer l'articulation, pour qu'elle ait moins de risques de se laisser entamer dans l'avenir par le bacille tuberculeux.

Je dis : *moins de risques*, parce que la sécurité n'est pas absolue même pour une jointure ankylosée. La tuberculose frappe bien les os d'emblée. Je répondrai qu'à ce compte-là, à la suite d'une tumeur blanche du genou, le meilleur moyen d'empêcher le retour de la tuberculose en cette région, c'est d'amputer la cuisse.

Ou encore, ce me semble, le bon moyen de prévenir les tumeurs blanches chez les enfants ce serait d'enraidir préalablement toutes ses jointures !...

Mais je vais aborder la question sous une forme plus sérieuse.

Il n'est pas de médecin qui n'ait vu guérir une ou plusieurs tumeurs blanches d'une manière intégrale avec conservation de la souplesse de la jointure.

M. Ollier m'a dit avoir eu d'anciens coxalgiques assez parfaitement guéris pour faire leur service militaire.

M. Lannelongue nous a montré il y a quelques années, au Congrès de chirurgie, des genoux guéris parfaitement souples.

Kœnig de Berlin m'en a montré également. Et tous les médecins ont quelques cas personnels aussi complètement guéris.

Si ces médecins les ont montrés, c'est apparemment parce qu'ils étaient fiers et heureux de ces résultats, c'est que ces résultats leur paraissaient atteindre l'idéal rêvé par eux.

Et l'on conçoit que je n'aie pas eu un seul instant l'idée de dire à Ollier : Mais vos coxalgiques peuvent avoir plus facilement une rechute que s'ils étaient ankylosés, ou à Lannelongue, ou à Kœnig : Ce genou avec tous ses mouvements nous donne moins de sécurité que s'il était entièrement raide !...

Il est donc bien évident, pour qui ne veut pas se leurrer de faux raisonnements que la guérison sans ankylose est l'idéal à poursuivre et que la guérison avec ankylose est une guérison moins heureuse, une guérison qui n'est pas complète puisqu'elle amoindrit le malade.

C'est là tout ce que je voulais établir.

Il est donc clair que si nous pouvons guérir nos coxalgies ou nos tumeurs blanches avec conservation des mouvements, nous le devons.

Ah ! si nous ne le pouvons pas, c'est une autre affaire ! il faudra bien en prendre notre parti. Je veux même admettre que, n'ayant pas réussi à garder les mouvements, nous cherchions à nous consoler en nous disant que si l'ankylose a des inconvénients elle peut bien aussi avoir quelques avantages. L'ankylose ce sera une plus grande gêne peut-être, mais aussi une plus grande sécurité

pour l'avenir... ce sera la marche plus solide s'il s'agit des membres inférieurs ; une marche plus assurée que si nous avions une jointure souple mais mal soutenue par des muscles trop faibles, etc...

Je veux bien admettre tout cela. Mais qu'en principe, *a priori*, il faille toujours chercher à guérir avec ankylose, comme l'écrivent les auteurs classiques, non ! cent fois non !

La question se ramène donc à la suivante : Est-il possible de guérir une tumeur blanche avec conservation de la mobilité ?

Oui ! — Nous avons dit que tous les médecins avaient vu de ces guérisons.

Puisque cela se peut, puisque cela est mieux, il est entendu que nous ferons tout au monde pour arriver à cette guérison sans ankylose.

Donc les opérations sanglantes pour traiter la tumeur blanche doivent être proscrites en principe.

Et nous proscrirons l'immobilisation absolue trop prolongée, parce qu'elle rend presque impossible cette guérison parfaite ; nous la proscrirons à moins qu'elle ne soit absolument indispensable pour que la guérison se fasse.

Eh bien, cette immobilisation absolue n'est pas une condition indispensable à la guérison, au moins dans un très grand nombre de cas.

Entendons-nous bien : cela ne veut pas dire que l'on ne mettra pas la jointure au repos ; mais

le repos de la jointure est compatible avec quelques petits mouvements des deux leviers articulaires.

Pour les membres inférieurs, par exemple, l'enfant sera couché, donc au repos, mais sans appareil plâtré, ou bien cet appareil plâtré ne sera conservé que très peu de temps.

Pour les membres supérieurs, pas d'appareil plâtré, mais le bras soutenu en écharpe.

Ces quelques légers mouvements que le malade pourra faire dans l'un et l'autre cas, tout en reposant sa jointure, ces mouvements n'empêcheront pas la guérison de se faire généralement, si l'on traite la tumeur blanche par les injections modificatrices; ils seront suffisants pour empêcher l'ankylose dans un très grand nombre de cas.

Cas dans lequel l'ankylose ne pourra pas toujours être évitée :

Je m'empresse de reconnaître, et je l'ai déjà dit, que dans un certain nombre de cas l'immobilisation absolue devient une nécessité.

Dans les tumeurs blanches très douloureuses, par exemple. L'appareil plâtré qui immobilise en même temps que l'articulation malade les deux articulations voisines est souverain contre la douleur, et l'on ne peut pas se dispenser d'y recourir lorsque les autres moyens ont échoué.

Mais du moins l'on enlèvera cet appareil plâtré si sévère dès que la disparition de la douleur le permettra.

L'on conçoit que dans tel cas où la douleur était particulièrement persistante, l'immobilisation ait dû être prolongée et ait pu laisser une ankylose. On aura du moins la conviction que celle-ci n'était pas évitable.

Il est de plus des cas dans lesquels l'ankylose devra être recherchée, où l'immobilisation absolue s'imposera, c'est lorsque le malade nous vient trop tard avec une déviation accompagnée de déformations des extrémités articulaires.

Dans ces cas, fréquents à l'hôpital, rechercher la mobilité serait peine perdue, il faut se contenter de corriger la déviation et conserver la correction par un appareil plâtré qui amènera la soudure des deux leviers articulaires en bonne position.

Il y a, dans ces cas, véritable incompatibilité entre la mobilité et la correction de l'attitude ; le seul moyen d'assurer celle-ci est de sacrifier celle-là.

On cherchera donc le moyen de provoquer le plus tôt possible une ankylose et parfois le meilleur moyen d'y arriver est de faire une arthrectomie orthopédique avec avivement opératoire des deux surfaces articulaires.

Encore un cas où l'ankylose devra être recherchée : C'est pour les tumeurs blanches des membres inférieurs, hanche ou genou, chez les enfants de l'hôpital que nous sommes souvent obligés de laisser partir beaucoup trop tôt après la guérison,

qu'on va faire marcher sans précautions et sans ménagements et qu'on ne nous ramènera jamais selon toute probabilité, quoi qu'il advienne. — Il est préférable de guérir ces enfants-là en bonne attitude avec raideur de la jambe, parce que chez ces malades à qui l'on n'a pas eu le temps de refaire d'assez bons muscles et que l'on ne ménagera pas, cette raideur de l'articulation va nous garantir la conservation de la bonne attitude.

Si le malade s'en va ainsi prématurément avec quelque mobilité, il est presque certain au contraire que deux, trois ans après il aura son genou fléchi ou sa hanche très déviée et qu'il boitera horriblement.

S'il s'en va avec une jointure non complètement raide, au moment de son départ, on lui appliquera un appareil plâtré qu'on défendra aux parents d'enlever avant six à dix mois. Nous aurons ainsi une ankylose, c'est vrai, mais la jambe conservera sa longueur et sa bonne attitude, ce qui permettra généralement à l'enfant de ne pas boiter.

Voilà donc quelques cas où l'on acceptera l'ankylose parce qu'étant donnés les circonstances et le milieu auquel appartient l'enfant, cette solution est de beaucoup la moins mauvaise.

Il est donc évident, pour le dire, dès maintenant, que ce n'est pas dans ce milieu de l'hôpital où les enfants ne passent que trop peu de temps, ni dans des familles qui ne s'occupent pas d'assez

près de leurs malades, que l'on s'avisera jamais de mobiliser une ankylose déjà constituée. Les mêmes raisons qui nous ont empêché de la rechercher nous empêchent de la détruire, à moins qu'il ne s'agisse, bien entendu, d'une ankylose en mauvaise attitude, auquel cas on la remplace par une ankylose en bonne attitude.

Ce n'est que dans des familles qui sont prêtes à ne ménager ni leur temps ni leur peine pour essayer de remédier à ces ankyloses produites par des traitements défectueux anciens, que la question du traitement des ankyloses déjà constituées va se poser.

Et d'abord, à quel moment existe l'ankylose ?

Ce n'est que lorsque le malade est guéri et complètement guéri que l'on a le droit de parler d'ankylose proprement dite.

Car tant que le malade n'est pas guéri, il s'agit d'une attitude vicieuse, et nous avons dit comment nous traitons cette attitude vicieuse dans le cours de la tumeur blanche du genou et des autres jointures.

Mais le malade est guéri avec ankylose, que ferons-nous ?

Une distinction radicale s'impose ici.

1er *Cas.* — Si l'ankylose s'est faite en attitude vicieuse, il faut intervenir et cela moins pour supprimer la raideur de la jointure que pour supprimer cette déviation. Les ankyloses peuvent être incomplètes, fibreuses, ou complètes avec soudure osseuse. Le chloroforme et la radiographie per-

mettront de distinguer l'ankylose fibreuse de l'ankylose osseuse.

Dans le 1er cas, c'est par les petits moyens, en plusieurs séances, sans chloroforme et sans violence, que la correction doit être obtenue. Quelle est la manière d'arriver au but ? Ou bien on fera de l'extension continue élastique ou l'extension par des poids, ou bien le chirurgien cherchera à obtenir par des tractions et des pressions infiniment douces (sans narcose) une correction très partielle et cette correction, peu importante en apparence, sera maintenue par un bandage plâtré appliqué aussitôt. — Dix jours après, enlèvement de l'appareil, nouvelle séance de traction et de pressions douces (toujours sans chloroforme) ayant pour but et pour résultat d'arriver à une correction un peu meilleure, résultat que l'on fixe et que l'on maintient comme dans la précédente séance à l'aide d'un appareil plâtré.

Et c'est en procédant de cette manière par des petites séances répétées tous les 15 jours que l'on arrive sans secousse, sans douleurs pour le malade, sans risque d'aucune sorte, à des corrections d'une perfection surprenante.

Lorsqu'on recherche par des moyens aussi doux la correction des ankyloses fibreuses, l'on n'a guère à craindre de réveiller quelque inflammation. Cependant il est plus sage de faire avant ce traitement orthopédique quelques injections modificatrices.

Lorsqu'il s'agit d'une ankylose complète de nature osseuse qui ne peut pas guérir par les petits moyens, mais par une intervention chirurgicale, les injections modificatrices sont indispensables et c'est par elles qu'il faut commencer. L'intervention chirurgicale, faite sous chloroforme, sera ou une ostéotomie ou une ostéoclasie, ou même une résection. Celle-ci est indiquée dans le cas où les extrémités articulaires sont tellement déformées, au genou, par exemple, que leur adaptation après une simple ostéotomie ou une ostéoclasie est impossible. Grâce aux injections modificatrices préalables, cette intervention pourra se faire sans danger de réveiller le processus tuberculeux dans la jointure.

D'une manière générale, c'est à l'ostéotomie faite par une incision cutanée de 1 ou 2 centimètres, véritable intervention sous-cutanée, que nous donnons la préférence ; de cette façon, le danger d'infection se trouve supprimé ; la peau se répare dans les quelques jours qui suivent l'ostéotomie et si malgré toutes les précautions prises il survenait un réveil de la tuberculose, par le développement d'un foyer latent ou méconnu à l'avance nous nous trouverions en présence d'un abcès froid fermé. Or, l'apparition d'un abcès froid fermé, ne peut-être une complication sérieuse, puisque nous saurons le guérir dans l'espace de 4 à 6 semaines.

Avons-nous besoin de dire que la correction est maintenue par un appareil plâtré qui sera laissé en place un temps suffisamment long pour que la soudure osseuse se fasse (en attitude normale)?

Si l'on veut obtenir non seulement la correction de la déviation, mais encore le retour de la mobilité de la jointure, la difficulté est grande et l'on arrive très rarement à un résultat satisfaisant, quelle que soit la peine qu'on ait prise.

La recherche des mouvements nécessite le remplacement de l'appareil plâtré par une extension continue. Or celle-ci est souvent insuffisante à empêcher la déviation de se reproduire, du moins en partie. Et, en fin de compte, la poursuite d'un résultat complet conduit fréquemment à un résultat très médiocre où l'on n'a obtenu ni une correction parfaite de l'attitude, ni un retour notable de la mobilité de l'articulation. Si bien que l'on doit se demander avant de rechercher en même temps qu'une attitude normale, l'assouplissement de la jointure, s'il ne serait pas préférable de limiter ses ambitions et d'assurer simplement, mais solidement, la correction de la déviation du membre. Le mieux étant parfois l'ennemi du bien, ce résultat sera supérieur à celui qu'on obtiendrait en recherchant la souplesse en même temps que la bonne attitude.

Ceci est surtout vrai pour les membres inférieurs où il vaut mieux pour la marche avoir une

jambe bien droite et bien plantée sans mouvements soit au genou, soit à la hanche, soit au cou de pied que d'avoir une certaine mobilité de ces jointures avec des déviations plus ou moins notables de ces diverses articulations.

Il n'est certes point défendu d'essayer d'obtenir un résultat parfait ; mais, pour le tenter, il faut avoir affaire à des parents intelligents, prévenus des chances très relatives que l'on a d'y arriver, et résignés par cela même à renoncer aux mouvements le jour où des efforts suffisamment prolongés, auront démontré à leurs yeux et aux yeux du chirurgien qu'on ne pourrait obtenir la mobilité qu'en compromettant l'attitude du membre.

Dès que cette démonstration est faite, l'on applique à l'enfant un appareil plâtré en bonne attitude et on le renouvelle jusqu'à ce que l'ankylose soit complète dans cette bonne attitude.

Deuxième cas. — Le malade nous arrive guéri avec une ankylose, *mais en bonne position, sans attitude vicieuse.*

Il ne peut être question ici que de recouvrer la mobilité des leviers articulaires.

Si l'ankylose est fibreuse, l'on peut arriver sans intervention véritable. Parfois le massage longuement prolongé et fait par un médecin habile peut y conduire.

Je connais un médecin chez qui un massage de 8 à 10 mois a fait disparaître une ankylose du

genou en apparence complète, mais fibreuse évidemment. Au massage il avait joint quelques bains.

Quelquefois même les mouvements reviennent sans qu'il ait été fait de massage après l'enlèvement de l'appareil plâtré. Je l'ai vu dans un certain nombre de cas pour toutes les jointures : genou, hanche, etc., chez les enfants de l'hôpital qui, guéris avec ou sans injections, ont vu revenir une certaine souplesse de la jointure en apparence ankylosée, et cela dans l'espace d'une année environ.

Il s'agit là de cas exceptionnels ; généralement les mouvements ne reviennent pas spontanément ; ils ne reviennent même pas sous la seule action du massage et il est nécessaire de faire quelques manœuvres de mobilisation.

Celles-ci seront très douces, très limitées, faites par le médecin chargé des massages. Elles seront répétées dans l'intervalle des massages par le malade lui-même 10, 20 fois par jour.

J'aime mieux, pour mon compte, demander à des machines de mobilisation mûes par le malade lui-même, cet assouplissement très lent et très doux de l'ankylose fibreuse.

L'on fait en moyenne trois séances de mobilisation chaque jour, de 3/4 d'heure chacune.

On connaît le principe de ces divers appareils que l'on peut faire fabriquer n'importe où par un ouvrier mécanicien.

Les deux leviers osseux sont immobilisés dans deux gouttières qui sont articulées l'une sur l'autre ; tandis que l'une des gouttières est immobile, on fait jouer l'autre sur celle-ci. Grâce à une poignée et à des dispositions spéciales, le mouvement est imprimé par le malade lui-même ou par une personne de son entourage, si l'enfant est trop petit.

Les manœuvres pour être utiles doivent être indolores ou à peu près ; on peut s'en rapporter au malade du soin de leur assurer ce caractère, cette indolence.

L'ankylose est complète, faut-il y toucher ?

S'il s'agit du membre supérieur, on peut répondre affirmativement. Pour presque tous les cas, les petits moyens ne suffisent plus ; Il faut amorcer le mouvement par une intervention faite sous chloroforme ; après cette mobilisation forcée, portée d'un coup jusqu'à ses extrêmes limites, on n'aura plus qu'à entretenir la souplesse de l'article.

Ce que l'on risque en mobilisant de force une ankylose quelle qu'elle soit, c'est de produire une arthrite inflammatoire.

Ce que l'on risque lorsqu'il s'agit d'une ankylose succédant à une tumeur blanche guérie, c'est de réveiller une arthrite fongueuse.

Je sais bien que dans le cas où la guérison était vraiment acquise, ce risque n'est pas notable, mais il existe.... C'est que malheureusement on ne

peut jamais affirmer d'une manière absolue qu'une tumeur blanche est bien complètement guérie, qu'il ne reste pas de point morbide qui sommeille dans la profondeur de la région. L'on n'a pas l'assurance d'une guérison complète, même lorsqu'il n'y a plus de signe clinique depuis six mois, un an, deux ans, dans les cas où l'on n'a pas soigné l'arthrite tuberculeuse par les injections intra-articulaires, où l'on a fait la simple immobilisation prolongée.

Pour éviter de réveiller une arthrite, il faut terminer la séance de mobilisation sous chloroforme par l'application d'un appareil plâtré réalisant la contention absolue de la jointure traumatisée.

Et cet appareil plâtré est laissé en place pendant une dizaine de jours. A ce moment, on l'enlève si le malade n'a pas de fièvre — et l'on commence les massages et les manœuvres douces de mobilisation à la main ou à la machine, comme nous l'avons dit pour le cas d'ankylose incomplète.

L'apparition d'un abcès froid, bien exceptionnelle, ne peut pas être considérée comme un accident. Elle impose une grande prudence dans la mobilisation de la jointure. — L'abcès peut amener un arrêt de quelques jours ; mais par lui-même il ne présente pas de gravité, pourvu qu'on ne le laisse pas s'ouvrir.— Nous savons que dans l'espace de quatre à six semaines, nous arriverons à le guérir. S'il apparaît, cela démontre que la maladie n'était pas

absolument éteinte et l'on pourrait soutenir qu'il vaut mieux avoir amené l' « extériorisation » de ce mal latent, ce qui nous a permis de le traiter plus directement et de le guérir complètement et bien définitivement cette fois.

Ankyloses en particulier

MEMBRES SUPÉRIEURS

L'épaule.

Les ankyloses de l'épaule ne sont pas très gênantes à cause de la mobilité complémentaire de l'omoplate.

Les ankyloses fibreuses seront traitées par les mobilisations douces et répétées.

Pour fixer l'omoplate,on peut appliquer un petit corset plâtré amovible qu'on enlève après chaque séance, mais la fixation ainsi obtenue est imparfaite, il vaut mieux demander à une personne vigoureuse de réaliser la fixation avec deux mains appliquées l'une sur la clavicule, l'autre sur l'omoplate.

Les mouvements sont imprimés au bras à l'aide d'une corde qui est attachée à un brassard, et va se réfléchir sur une poulie placée au plafond ; le malade tire lui-même sur l'autre extrémité de la corde.

L'on arrive ainsi à de bons résultats.

La difficulté est autrement sérieuse lorsque l'ankylose est complète.

Sous le chloroforme, l'on peut rompre cette ankylose par une intervention non sanglante. — Comme d'ordinaire, le malade est immobilisé dans l'appareil plâtré pendant les 8 à 10 jours qui suivent cette intervention et l'on commence ensuite la mobilisation douce et progressive.

La soudure osseuse se reproduit parfois malgré tous les efforts tentés pour l'empêcher.

En enlevant un segment osseux, on pourrait empêcher cette soudure nouvelle, mais cette résection n'est pas à faire chez l'enfant jeune ; elle compromettrait l'accroissement de l'os ; il faut attendre pour cela.

Coude.

C'est lorsqu'elle s'est faite à angle droit en cette région que l'ankylose est le moins gênante.

Cependant l'on comprend que les parents se préoccupent de faire cesser l'impotence relative que cette ankylose entraîne pour le bras.

Si elle est partielle, la mobilisation progressive de l'avant-bras sur le bras immobilisé par deux mains vigoureuses conduit à un résultat satisfaisant pourvu qu'on soit patient et persévérant.

Si l'ankylose est totale, osseuse, on doit la rompre pour amorcer les mouvements, une intervention non sanglante y suffit quelquefois. Parfois l'on se voit obligé de recourir à une résection modelante des extrémités articulaires séparées l'une

de l'autre par le sacrifice d'une rondelle plus ou moins épaisse de l'os, car la réossification est normalement exubérante au coude à la suite des interventions et si l'on ne fait pas un sacrifice large, l'on risque de voir l'ankylose se reproduire.

C'est pour la même raison que les interventions non sanglantes,sans sacrifice osseux,ne réussissent pas toujours.

J'ai eu bon nombre de succès cependant par cette méthode, grâce à un traitement consécutif bien dirigé par mes assistants.

L'un des plus beaux résultats est celui obtenu chez une jeune fille de 20 ans, habitant Paris-Plage; une ankylose complète et ancienne qui a été bien guérie par une intervention non sanglante; le bras possède actuellement la presque totalité de ses mouvements; le traitement post-opératoire a été fait par mon interne Brunier.

Le poignet.

Pour l'ankylose du poignet, l'on procède de même, suivant qu'il s'agit d'ankylose incomplète ou d'ankylose osseuse.

Dans un cas d'ankylose complète chez une jeune fille de Rotterdam, où par une intervention non sanglante j'avais rompu les adhérences osseuses, j'ai vu les mouvements revenir en totalité, grâce, je dois le dire, à un traitement consécutif de plusieurs mois, dirigé par un masseur très compétent, mon ami, le Dr Fourrière.

Ankylose des doigts.

J'ai obtenu également un résultat complet chez un enfant de Paris qui avait une ankylose osseuse des deux phalanges du pouce — quatre mois après la rupture forcée de l'ankylose, le résultat était acquis, grâce encore à M. Fourrière.

MEMBRES INFÉRIEURS

Le traitement de l'ankylose est beaucoup plus délicat au membre inférieur qu'au membre supérieur.

Parce que, si l'on arrive ici aussi facilement qu'au membre supérieur à recouvrer des mouvements, le retour des mouvements va amener quelquefois une plus grande défectuosité de la marche.

Cela paraît étrange et cela est vrai cependant.

L'enfant guéri qui a eu une arthrite, qui a par conséquent des muscles affaiblis, aura moins de mal à marcher correctement avec une ankylose de son articulation autrefois malade, qu'avec des mouvements de cette articulation.

Un enfant guéri de coxalgie avec ankylose a besoin de moins de muscles, si je puis ainsi parler, et d'un moindre effort pour marcher correctement que s'il était guéri avec les mouvements de la hanche, auquel cas les muscles devraient

se contracter très vigoureusement à chaque pas pour rendre aussi précise et aussi régulière la transmission de la pesée du corps de ce côté que du côté sain.

Chez un ouvrier et chez un enfant de l'hôpital l'hésitation n'est pas permise, il vaut mieux ne pas toucher à son ankylose.

Chez un enfant de famille aisée à qui l'on peut faire de bons muscles par un massage de chaque jour continué pendant de longs mois par un masseur médecin, l'on peut essayer de rompre l'ankylose.

Les massages et les mobilisations douces suffisent pour les ankyloses incomplètes.

Au contraire la rupture de l'ankylose, sous chloroforme, est le premier temps de la mobilisation de la jointure ankylosée par une soudure osseuse.

La hanche.

A la hanche, il ne faut pas toucher à l'ankylose si la jambe n'a pas exactement la même longueur que du côté sain et une musculature sensiblement normale.

Si cela n'est pas, la mobilisation de la hanche s'accompagnera d'une adduction plus marquée et d'un raccourcissement plus grand ; et si l'on a gagné plus de facilité pour s'asseoir, par contre la marche sera devenue plus défectueuse.

L'inconvénient est donc supérieur à l'avantage, mais nous reviendrons sur le traitement très

important des ankyloses de la hanche dans le chapitre qui a trait à la coxalgie (chapitre X).

Le genou.

Si l'ankylose du genou s'est faite dans une attitude vicieuse, on la corrigera, dans tous les cas : par les petits moyens, si elle est fibreuse, et l'on ne recherchera la conservation des mouvements dans ce cas, que si les parents le demandent, et s'ils sont dûment prévenus des chances très relatives qu'on a d'obtenir à la fois la mobilité et une attitude correcte, avec la possibilité de marcher sans boiterie.

Si l'ankylose vicieuse est osseuse, on la traitera par l'ostéotomie ou mieux par une résection orthopédique.

Si l'ankylose s'est faite en attitude correcte, il faut distinguer le cas où elle est osseuse de celui où elle est fibreuse.

Nous avons dit que, dans ce dernier cas, parfois les seuls massages amènent la mobilisation de la jambe. Parfois même la mobilisation faite instinctivement par la marche est suffisante.

Généralement, aux massages, on doit joindre l'usage de la machine à mouvements, et les massages et la mobilisation doivent être confiés à un masseur expérimenté.

Les douches sulfureuses ou salines, les bains peuvent faciliter le succès.

Si l'ankylose est osseuse, le mouvement doit être amorcé par une intervention sous chloroforme, une véritable arthroclasie.

Le membre est immobilisé 8 jours, puis commencent les massages et la mobilisation. Le malade reste couché tant qu'il a de la sensibilité et jusqu'à ce qu'il ait recouvré la force des muscles.

On ne fait cette opération que lorsque le malade y tient absolument.

Car si l'on peut promettre qu'on saura conjurer le danger d'une inflammation, on ne peut pas promettre sûrement que la mobilité sera obtenue en même temps que la solidité et la correction de la marche

Le malade a peut-être 50 chances sur 100 d'y arriver mais le traitement est très long et très laborieux. Il faut qu'il sache tout cela à l'avance. Si dûment averti il vous demande d'essayer de mobiliser sa jambe ankylosée, on peut le faire, mais après ces réserves et dans ces conditions.

Cou de pied.

Le traitement est le même que pour le poignet, nous avons cité longuement le cas d'un petit garçon de Philippeville à qui nous avons pu rendre les mouvements de cette jointure ankylosée (voir p. 193).

CHAPITRE X.

Coxalgie.

SOMMAIRE : La 1re question des parents qui vous amènent un enfant coxalgique est celle-ci :

Vous guérirez mon enfant, n'est-ce pas ?

La 2e question : Vous le guérirez sans boiterie ?

La 3e question : Lui conserverez-vous ses mouvements ?

On peut répondre oui à la 1re question.

On guérira certainement tout coxalgique qui viendra au début de la maladie.

On guérira même tout coxalgique qui, venu longtemps après ce début, se présente avec des déviations et même des abcès, pourvu que ces abcès ne soient pas ouverts.

On guérira même souvent ceux qui arrivent avec des abcès ouverts mais pourvu qu'ils n'arrivent pas trop tard, c'est-à-dire lorsque déjà cette ouverture a produit des infections septiques et des dégénérescenses viscérales.

On les guérira, mais à la condition de les traiter par des méthodes conservatrices (antisepsie et injections modificatrices) et non par la résection de la hanche qui doit être absolument proscrite, car elle ne guérit pas et elle mutile.

Quant à guérir le malade sans boiterie, avec des mouvements, on le peut quelquefois si le coxalgique nous arrive à la toute première période, au premier signal de la maladie, sans attitude vicieuse.

En ce cas on le soignera par le repos absolu dans la position couchée, sans appareil plâtré ; si la guérison se fait trop attendre, il est permis de chercher à la hâter en faisant dans la hanche quelques injections modificatrices avec de l'iodoforme ou de la créosote dans l'huile d'olives.

Si le coxalgique n'est arrivé qu'à la période des attitudes vicieuses ou si malgré le traitement précédent une attitude vicieuse s'est produite, les chances de le guérir en conservant les mouvements de la hanche sont petites.

Ou plutôt il n'y a plus que des chances très petites de sauvegarder à la fois la bonne attitude et la mobilité de la hanche ; or entre deux jambes dont l'une est raide mais sans déviation et l'autre mobile mais avec une attitude vicieuse, la première est préférable et assure beaucoup mieux la correction de la marche.

Comme les chances sont petites d'unir la mobilité et la bonne attitude et qu'en recherchant la première on peut compromettre la seconde, je conseille toujours pour l'hôpital et d'une manière générale pour les coxalgies de la ville, de mettre l'enfant dans mon grand appareil plâtré (que j'ai décrit longuement dans mon livre de la coxalgie).

Cependant si les familles en ville désirent qu'on essaie de tout sauvegarder et de conserver la mobilité, on peut essayer d'atteindre ce résultat parfait.

En ce cas le malade est mis au repos complet dans la position couchée ; on corrigera son attitude vicieuse par l'extension continue ; il faut être organisé pour surveiller ce traitement du matin au soir, sans quoi on se refusera même à l'entreprendre, car il échouera sûrement sans cette surveillance incessante. En outre, en se rendant au désir des parents, on leur déclarera que si après 6, 8, 10 mois, il est démontré qu'on ne peut pas arriver à obtenir à la fois une correction de la déviation et une mobilité de la jointure, il faudra en venir à l'appareil plâtré que l'on n'abandonnera plus.

Pour corriger la déviation lorsqu'on use de l'appareil plâtré (qui est le meilleur traitement dans l'immense majorité des cas), l'on procèdera en plusieurs étapes si la déviation est trop rebelle ; l'on s'en tiendra chaque fois à la correction que donnent sous la résolution chloro-

formique des manœuvres douces et très courtes. Car je crois que les longues et violentes manœuvres de redressement ne vont pas sans entrainer quelque risque d'inoculation (et de méningite par cette inoculation), surtout dans les coxalgies très douloureuses.

On pourrait encore ici faire des injections modificatrices préalables dans la jointure pour supprimer ou atténuer tout au moins la virulence des fongosités.

Mon grand appareil plâtré, comme je l'ai montré le premier, est le remède héroïque, souverain dans les coxalgies douloureuses qui résistent aux autres traitements.

L'appareil plâtré conserve des jambes solides, en bonne attitude et assure de bonnes guérisons. On n'en saurait dire autant, d'une manière générale, de l'extension continue.

L'appareil plâtré a donc marqué un très grand progrès dans le traitement de la coxalgie.

Les abcès et les fistules de la coxalgie se guérissent par les moyens conservateurs que nous avons fait connaître ailleurs.

La résection de la hanche est une opération malfaisante, elle doit être proscrite.

Pendant la convalescence, si le malade a guéri en bonne attitude avec des mouvements, on le fera marcher sans appareil.

S'il a guéri avec une jambe raide et qu'il ait tendance à se dévier, il faut le faire marcher avec un petit appareil plâtré inamovible allant de l'ombilic au-dessus du genou, et plus tard avec un appareil amovible en celluloïde qui permet les massages quotidiens.

Lorsque sans rechute véritable, l'attitude paraît se compromettre longtemps après la guérison, il faut, par des tractions faites quotidiennement à l'aide de poids et de poulies appliqués dans le sens indiqué par la déviation, corriger celle-ci petit à petit.

C'est une affaire d'attention et d'ingéniosité de la part des parents à qui l'on confie la surveillance de ces tractions et de ces pesées.

Que ferons-nous contre les ankyloses que laisse la coxalgie ?

Les ankyloses en mauvaise attitude doivent être traitées.

Les ankyloses fibreuses seront corrigées en plusieurs étapes en s'aidant de la rupture des tendons adducteurs par des pressions digitales faites à travers la peau.

Les ankyloses complètes ou à peu près complètes seront corrigées par une ostéotomie sous-cutanée faite avec un ciseau à froid coupant le col fémoral au ras de l'os iliaque. Cette ostéotomie se fait en deux ou trois minutes. C'est la seule qui n'entraîne aucun risque.

Si l'ankylose est en bonne position, il ne faut pas y toucher, même si les parents demandent la mobilisation, à moins que la jambe n'ait une longueur et une musculature normales, ce qui est bien rare et ce qui ne se voit que lorsque la raideur s'est produite dans une coxalgie bénigne après quelques mois seulement de traitement.

Dans le cas contraire (muscles faibles et raccourcissement), la mobilité pourrait être obtenue, mais au dépens de la correction de la marche.

Le malade arriverait à s'asseoir plus facilement mais boiterait d'une manière plus disgrâcieuse et le bénéfice serait négatif.

L'on trouvera dans ce chapitre quelques brèves considérations sur la thérapeutique de la coxalgie.

Car je ne veux pas reproduire ici ce que j'ai longuement décrit dans mon livre sur le traitement de cette maladie (1).

Je renvoie à ce livre les médecins qui demandent la ligne de conduite à suivre dans les divers cas qui peuvent se présenter à eux dans la pratique.

Depuis cinq ans qu'il est écrit, ma manière de faire a très peu changé ; et j'ai vu avec plaisir la

(1) Voir : *Traitement de la coxalgie* (Calot), Masson, 1895, 310 pages. — Voir aussi sur le même sujet la thèse de mon ancien interne, le Dr Bergugnat, médecin de l'hôpital de l'Oise, à Berck.

pratique que je recommandais alors, adoptée peu à peu par la presque unanimité des chirurgiens.

Cependant j'ai modifié et amélioré cette pratique sur plusieurs points secondaires. — J'indiquerai ces modifications, ces améliorations, chemin faisant.

Les parents qui nous amènent un enfant coxalgique nous posent presque invariablement les trois questions suivantes.

1° Vous le guérirez, n'est-ce pas ?

2° Vous le guérirez sans boiter ?

3° Lui conserverez-vous ses mouvements ?

On peut toujours répondre oui à la première question pourvu que l'enfant ne nous arrive pas à la période des fistules infectées, avec de la fièvre et de l'albuminurie.

Quant à la qualité de la guérison que nous lui assurerons, je voudrais dire, d'après mon expérience déjà longue, ce qu'il nous est permis de répondre à la 2e et à la 3e question des parents et le traitement à conseiller pour les différents cas.

Le résultat au point de vue de la boiterie et des mouvements dépend pour beaucoup de la variété de la coxalgie et pour un peu de l'entourage du malade, c'est-à-dire de la surveillance qu'on peut lui donner.

Je m'explique.

1er *cas.* — *L'enfant nous arrive avec une coxalgie tout au début, sans attitude vicieuse.*

Nous pouvons répondre ici que nous avons les plus grandes chances de guérir sans boiterie et avec conservation des mouvements de la hanche.

Voici comment nous pouvons arriver à ces guérisons idéales.

Cet enfant sera mis immédiatement et pour plusieurs mois au repos dans le décubitus horizontal, c'est la première condition indispensable de toute bonne guérison.

Pourquoi laisser ces enfants « qui ont si peu de chose » dans la position couchée ?

Vous savez, me disait récemment le père d'un de mes coxalgiques, le grand progrès que les Allemands viennent de réaliser dans le traitement de la coxalgie ; on laisse marcher les enfants et on arrive à les guérir ainsi.

C'est exact, les chirurgiens allemands, les plus considérables, Hoffa, Lorenz, sans compter les Américains, laissent marcher ces enfants et dans une thèse récente on tentait d'acclimater ce traitement en France, toujours pour mieux sauvegarder la santé générale du coxalgique.

Mais, évidemment on ne laisse pas marcher l'enfant sans soutien — ce serait trop risqué. Il n'y a que les rebouteurs ignorants qui songent à laisser marcher les coxalgiques sans appui. Les chirurgiens Allemands et Américains leur appliquent un appareil plâtré ou un appareil orthopédique et c'est ainsi maintenus que les enfants marchent.

On renouvelle cet appareil pendant 1 an, 2 ans, 3 ans et plus.

Et on guérit les coxalgies..., — oui, je le sais. M. Kirmisson, qui le sait également, anathématisait récemment cette manière de faire et s'écriait : Mais la marche va amener la destruction des os et provoquer des abcès !...

La marche retardera la guérison, donnera quelques abcès de plus, mais la guérison se fera généralement. Les Allemands peuvent donner cette réponse trop facile aux objections de M. Kirmisson.

Oui la guérison se fera, mais songez comment :

Avec une jambe atrophiée et par suite plus ou moins raccourcie — avec une ankylose.

Les Allemands arriveront à la guérison, mais à une guérison médiocre dont nous ne saurions nous contenter à Berck, pour les enfants venus au premier signal, tout au début de la maladie.

Et en effet, il nous arrive ici, — je pourrais citer plus de 50 faits personnels à l'appui de ce que je dis — il nous arrive assez fréquemment de guérir d'une manière intégrale les coxalgies arrivées à la toute première période.

Non seulement en ville, mais même à l'hôpital Rothschild et à l'hôpital Cazin, nous avons eu un certain nombre d'enfants guéris sans boiterie et sans raideur de la hanche, chez qui le diagnostic de coxalgie avait cependant été bien établi par d'autres chirurgiens avant moi.

Mais, du reste, presque tous les chirurgiens ont eu quelques guérisons aussi complètes : Ollier m'a dit en avoir obtenu un assez grand nombre.

Il est vrai que les Allemands vont répondre : Mais la guérison idéale, c'est l'ankylose et nous la recherchons...

Cela, c'est une autre affaire. Nous nous sommes expliqué là-dessus dans le chapitre qui a trait aux tumeurs blanches.

Si la famille se résigne à la guérison, par ankylose, même pour ces formes légères, alors oui, je comprends la manière de faire des Allemands, qui, se préoccupant de la santé générale des enfants, ne veulent pas les coucher pendant longtemps dans les habitations des grandes villes où ils pourraient s'étioler. Si je soignais mes coxalgiques dans un milieu délétère, je crois que je me laisserais aller, après leur avoir appliqué un bon appareil plâtré, à leur permettre la marche pour sauver leur état général. Mais, ici à Berck, la position couchée n'amène pas la déchéance de la santé, quoiqu'on ait dit. Que ceux qui en doutent viennent passer un après-midi à la plage ; ils y verront 50 coxalgiques couchés, dont le visage respire la joie et la santé générale la plus satisfaisante. De même les coxalgiques de nos hôpitaux (dont les infirmeries s'ouvrent sur la plage), conservent, malgré la position couchée, leur appétit, leur entrain, leur gaîté. Ils n'ont rien à envier au point de vue général aux

enfants qu'on laisse marcher et leur position couchée leur assure une guérison bien meilleure à la fois et plus rapide. Ce seul repos suffit parfois à guérir le malade sans autre traitement local.

Le malade est couché sur un matelas de crin ou sur un petit matelas très dur et on limite au besoin le jeu des deux jambes et du tronc avec deux larges sangles fixées de chaque côté sur les bords du cadre qui porte ce matelas.

La gouttière de Bonnet peut conduire parfois à un résultat parfait, ou plutôt n'empêche pas ce résultat parfait, car les gouttières sont presque toujours mal construites ; elles amènent par cette défectuosité, ou tout au moins laissent se produire de petites déviations sans qu'on s'en aperçoive. L'extension peut conduire également à la guérison ; mais cela n'est guère vrai que pour des cas où l'on pourrait s'en passer, et parfois elle amène aussi une petite déviation du membre — un allongement de la jambe tirée qui peut persister dans une certaine mesure.

Donc le repos simple pour ces cas si bénins ; s'il n'y a pas d'attitude vicieuse ce traitement prolongé pendant 6, 8, 10 mois sans qu'on puisse préciser davantage la date de la guérison parfaite, suffira à nous donner une guérison sans ankylose et sans atrophie.

J'ai dit qu'on ne pouvait rien préciser d'une manière certaine sur la durée de la maladie ainsi traitée ; pour avancer la guérison si elle tarde

trop, on peut faire quelques injections intra-articulaires mais avec de la créosote et de l'iodoforme dans l'huile d'olives, ce qui n'amène généralement pas de réaction. On évitera, au contraire, l'emploi des liquides qui provoquent de la fièvre ou de la sensibilité, parce que cette réaction pourrait se traduire par une contracture musculaire entraînant à sa suite une déviation du membre...

Deuxième cas. — L'enfant vient avec une attitude vicieuse.

C'est le cas de beaucoup le plus fréquent; l'enfant ne nous arrive qu'après l'apparition d'une attitude vicieuse ou bien encore ce qui se voit quelquefois, le traitement précédent n'a pas suffi à empêcher une déviation d'apparaître. L'enfant souffre ou pas ; si l'attitude vicieuse est très accentuée, la douleur est généralement vive.

La position couchée est encore ici de rigueur, mais elle ne suffit plus à supprimer la douleur ni la déviation.

La gouttière Bonnet ne suffit ni à corriger l'attitude vicieuse ni à supprimer la douleur. L'extension continue est insuffisante aussi très souvent. Ce que tous les chirurgiens recommandent en pareil cas, à l'heure actuelle, c'est :

1° D'endormir l'enfant ;

2° De corriger la déviation par des manœuvres prolongées à l'exemple de Bonnet de Lyon qui mettait une demi-heure et plus pour faire cette correction ;

3° D'appliquer, pour maintenir cette correction, un appareil qui est généralement un appareil plâtré (on trouvera dans notre livre de la coxalgie la manière de le construire). Effectivement la déviation se corrige ainsi ; l'appareil plâtré maintient la correction, et supprime merveilleusement la douleur lorsqu'il est bien fait,d'après les préceptes que nous avons donnés.

Mais il est à cette manière de faire un inconvénient que voici :

La correction complète faite ainsi en une séance, par des manœuvres vigoureuses et prolongées, peut à la rigueur amener par le broiement des fongosités qui recouvrent les extrémités articulaires, un certain risque d'inoculations fâcheuses.

Ce danger de généralisation tuberculeuse et de méningite est très petit, mais il n'est pas imaginaire, suivant moi, en particulier dans les formes très douloureuses qui sont généralement les plus virulentes.

Je sais bien qu'on a nié toute relation entre les méningites et l'acte opératoire prolongé et violent. Quant à moi, à l'heure actuelle, je crois qu'il n'est pas permis de nier absolument l'existence de toute espèce de danger. Voici pour appuyer mes réserves un fait bien suggestif et qui n'est pas absolument isolé : c'est le fait d'un coxalgique qui m'est arrivé il y à 18 mois avec une déviation et des douleurs. J'ai conseillé à la mère, l'enfant paraissant délicat et les douleurs étant assez vives, de ne pas le

soumettre d'emblée à des manœuvres de redressement, mais de faire d'abord quelques injections modificatrices dans la hanche pour atténuer la virulence des lésions tuberculeuses ; je croyais d'instinct à leur malignité en raison de l'aspect général de l'enfant, très peu satisfaisant et des douleurs assez vives qu'il éprouvait.

Je sais bien, ajoutai-je, que tout le monde le redresserait d'emblée et appliquerait un appareil plâtré; moi non, au risque de paraître trop timoré.

Ce mot d'injections intra-articulaires avait intrigué et quelque peu effrayé la mère. Elle s'en alla consulter un autre médecin qui se rit de mes appréhensions ; séance tenante, comme je l'avais prédit, il redressa ce coxalgique par des manœuvres prolongées et fit jouer longuement la jambe pour mieux établir devant ses aides et devant la mère elle-même combien il était facile de corriger la déviation d'un coup ; ces longues manœuvres, bien entendu, étaient faites sous le chloroforme.

A partir de ce jour l'enfant eut de la fièvre ; son état général chancela de plus en plus et il mourait de méningite un mois après.

Je ne puis me défendre de l'idée qu'il s'est fait le jour de l'opération une inoculation bacillaire générale de l'organisme, sous l'influence du traumatisme chirurgical.

C'est parce que j'ai vu quelques autres faits, peut-être cependant un peu moins nets, que je dis

actuellement : Ne redressez pas complètement d'emblée ce membre douloureux par la technique classique de Bonnet de Lyon, qui faisait des manœuvres d'une demi-heure et plus de durée. Proposez quelques injections modificatrices préalables pour assainir cette hanche et supprimer, ou tout au moins atténuer, le danger d'inoculation.

Je dois m'expliquer ici sur ces injections modificatrices.

Si l'on se reporte à mon livre de la coxalgie, on verra que je repoussais les injections de chlorure de zinc préconisées par Lannelongue et je les repousse encore parce qu'elles se font consciemment et volontairement en dehors du foyer tuberculeux et qu'elles ne peuvent dès lors amener de bons résultats appréciables.

Mais je n'en dirai pas autant des injections intra-articulaires qui nous ont rendu tant de services dans le traitement des tumeurs blanches en général.

La technique de ces injections est sans doute plus délicate ici que dans les autres jointures, mais l'on pent arriver cependant, avec quelque adresse et une certaine expérience, à porter le liquide dans la cavité synoviale.

Voici comment : Le malade étant retourné sur le côté sain, je fais tirer sur la jambe malade, pendant qu'un autre aide fait la contre-extension en maintenant le malade sous les bras.

Et sur le bord supérieur du grand trochanter, à l'union de son tiers antérieur et de ses 2/3 postérieurs, j'enfonce dans la direction de la cavité cotyloïde mon aiguille à injection.

On sent qu'on arrive sur l'interstice de la tête et de la cavité cotyloïde : l'injection pénètre ainsi dans la jointure.

Mais la cavité synoviale distendue est comprimée par la capsule fémorale ; il faut donc n'injecter que quelques grammes de liquide modificateur.

Ces injections peuvent aussi se faire chez un enfant maintenu par un appareil plâtré, elles se font à travers une fenêtre pratiquée dans l'appareil.

On peut arriver encore par la partie antérieure de l'articulation; c'est peut être plus facile parce que celle-ci se rapproche bien davantage de la peau en avant; mais elle s'en rapproche trop et on risque un peu, en faisant les injections, en avant, de voir le liquide injecté ressortir par l'orifice cutané : c'est un inconvénient qu'on peut éviter certainement, mais il est encore plus sage de faire l'injection en arrière.

Nous avons pu nous convaincre en répétant ces injections sur un très grand nombre d'enfants que nous avions pénétré ainsi dans la cavité articulaire.

Mais il ne faut pas employer ici un liquide, comme le naphtol par exemple, qui amène une réaction intense; la compression exercée par la capsule fémorale, rend cette réaction pénible. On

injectera plutôt de l'iodoforme et de la créosote dans l'huile d'olives ou encore du formol. Faites avec ces liquides, les injections ne donnent ni de réaction pénible, ni de douleur; grâce à elles, j'ai pu avancer et consolider la guérison de bon nombre de mes malades. Je ne fais cependant pas aussi couramment les injections intra-articulaires dans la coxalgie que dans les autres tumeurs blanches; je les emploie rarement dans les coxalgies d'apparence tout à fait bénigne et au début.

Jusqu'à ce jour, je ne les fais guère que dans le cas de coxalgie virulente ou de coxalgie tardant à guérir, on encore pour assainir la hanche à la veille des redressements dans le cas de déviations quelque peu rebelles.

J'en ai obtenu dans ces diverses circonstances les résultats les plus satisfaisants.

Je reviens à la question du redressement des coxalgies dans la période floride de la maladie pour conclure ainsi : afin d'éviter tout risque d'inoculation on fera avec profit, avant de procéder à cette correction, quelques injections dont l'effet sera de supprimer ou d'atténuer la virulence de la tuberculose articulaire.

En même temps qu'on fera ces injections, ou sans elles, si la famille aime mieux s'en passer, on peut chercher par des tractions très douces faites avec un poids au pied et surveillées de près, la correction lente de cette déviation, mais ce moyen

réussit très rarement et le plus souvent il faut avoir recours ensuite à la correction avec appareil plâtré.

Il vaut bien mieux, si la douleur est vive, auquel cas il y a un grand intérêt à immobiliser immédiatement la hanche, endormir l'enfant pour voir dans quelle mesure le chloroforme va corriger, à lui tout seul, la déviation existante. Parfois le résultat est complet ; dès que la résolution est obtenue on est souvent fort agréablement surpris de la facilité avec laquelle on peut ramener sans l'ombre d'effort la jambe déviée dans la position normale. Si elle n'y revient pas entièrement à l'aide de manœuvres très brèves et extrêmement douces, on se garde d'insister, on la fixe immédiatement dans cette position intermédiaire par un grand appareil plâtré. Nous pouvons ici encore faire facilement les injections, malgré l'appareil plâtré.

Quelques mois après, ce premier appareil sera enlevé, la correction pourra être complétée en procédant de la même manière que la première fois. Si nous procédons avec ces ménagements et ces précautions, nous ne pouvons pas amener d'accidents en corrigeant l'attitude vicieuse. Les appareils plâtrés, laissés longtemps, nous conserveront la jambe en bonne position et nous arriverons encore ici à de belles guérisons.

On aura donc recours à l'appareil plâtré : 1° Dans les cas de déviations quelque peu accentuées contre lesquelles la traction simple est impuissante.

2° Dans les coxalgies douloureuses.

Le grand appareil plâtré, comme nous l'avons montré le premier, dans une discussion soutenue au Congrès de Chirurgie à ce sujet il y a près de dix ans, le grand appareil plâtré est le remède héroïque en ce dernier cas. Il supprime instantanément la douleur, s'il est bien construit (1). Voilà donc le traitement ordinaire, soit dans les hôpitaux, soit en ville pour les coxalgies de la deuxième période : attitude vicieuse avec ou sans douleurs. Ce traitement nous donnera un résultat immédiat merveilleux : la cessation de la douleur, le maintien de la correction; et un résultat éloigné très satisfaisant.

Mais est-il donc impossible d'atteindre ici l'idéal que nous avons poursuivi et atteint pour les enfants venus à la première période de la coxalgie, sans attitude vicieuse ? N'est-il pas possible de guérir ici en conservant les mouvements de la hanche ?

Oui, c'est à la rigueur possible; on pourra citer, de loin en loin, tel enfant encore guéri à cette deuxième période sans boiterie, avec la mobilité de l'articulation, mais c'est une rareté.

Si la famille du coxalgique est prête à ne ménager ni son temps, ni sa peine, si elle désire

(1) Quelquefois la douleur persiste malgré l'appareil plâtré, mais alors elle annonce la formation d'un abcès.

absolument qu'on essaie de sauver la mobilité de la hanche, on peut accéder à son désir.

L'appareil plâtré prolongé pendant des années contribue dans une certaine mesure à amaigrir les masses musculaires et à enraidir la hanche, on peut essayer de s'en passer. On a quelques chances, en se donnant immensément de peine d'arriver à supprimer la douleur, à supprimer l'attitude vicieuse sans perdre la mobilité du membre, sans amaigrir sensiblement la jambe. Mais après une longue expérience, j'en suis venu pour la pratique hospitalière et, d'une manière générale, pour la pratique de la ville, à conseiller d'accepter l'appareil plâtré à cause de ses immenses avantages et de la sécurité qu'il nous donne — malgré ses tout petits inconvénients.

Cependant j'ajoute que je suis prêt dans tel cas particulier où les parents le désirent absolument, à rechercher la guérison avec mobilité de la hanche, parce que dans une famille où une ou deux personnes peuvent s'occuper incessamment de l'enfant, on peut arriver quelquefois à ce résultat plus parfait.

Si après 3 mois, 6 mois, l'on voit qu'on n'arrivera pas à conserver les mouvements en même temps qu'une bonne attitude, on s'occupera de celle-ci en négligeant ceux-là ; l'on acceptera l'appareil plâtré ; mais du moins la démonstration aura été faite pour le médecin et aussi pour les

parents que dans le cas particulier de cet enfant il y avait impossibilité de se passer de cet appareil plâtré, dût-il compromettre un peu la mobilité de la hanche. L'appareil plâtré sera donc appliqué le jour où l'on aura vu échouer tous les autres moyens essayés contre la déviation et la douleur.

Quels sont ces moyens ?

L'extension continue, je le répète, si elle est très bien surveillée permet dans quelques cas, très rares à la vérité, d'arriver à la fois à la correction de l'attitude, à la disparition des douleurs et à la conservation d'une certaine mobilité de la hanche.

On peut donc commencer, en ville, par essayer de l'extension continue ou bien mettre un appareil plâtré pour 5 à 6 semaines, sauf à l'enlever ensuite pour demander à l'extension de nous conserver la correction réalisée par l'appareil plâtré. Mais il faut que cette extension soit surveillée avec une attention infinie, je ne saurais trop insister sur ce point.

S'il n'y a pas à côté du malade une personne intelligente pour s'occuper de la surveillance de cette extension du matin au soir, il vaut mieux se refuser à faire cette tentative, elle échouerait sûrement. Si elle n'est pas faite dans ces conditions exceptionnelles, l'extension continue non seulement ne corrige pas les déviations mais encore elle les laisse s'accentuer, de même qu'elle les laisse se produire souvent si elles n'exis-

taient pas encore et l'on comprend que les résultats qu'elle donne au chirurgien qui l'applique dans tous les cas soient très inférieurs à ceux qu'obtiennent les chirurgiens qui, à notre exemple, ont adopté l'appareil plâtré d'une manière générale.

Donc à part les conditions très exceptionnelles dans lesquelles nous avons dit qu'on pouvait faire l'extension continue, à part ces cas, l'appareil plâtré s'impose.

Les religieuses de l'hôpital Cazin sont depuis trente ans à Berck ; elles ne veulent pas d'autre traitement des coxalgies déviées et douloureuses que l'appareil plâtré. Elles ont fait pendant de longues années, le traitement par l'extension continue à l'hôpital de l'administration et elles me disent tous les jours combien les résultats qu'on y obtenait étaient inférieurs à celui que nous donnent les appareils plâtrés.

Ainsi donc si l'on veut obtenir une bonne guérison sûre, facile, qu'on applique des appareils plâtrés qui laisseront une jambe plus raide probablement, mais bien plantée, permettant à l'enfant de bien marcher et qui par cela même qu'elle sera raide, sera davantage à l'abri des déviations le jour où le malade sera enlevé à notre surveillance.

Et cependant je ne conteste pas que dans une famille prête à surveiller l'enfant constamment et pendant des années, l'on ne puisse poursuivre un objectif plus parfait.

Et j'accepte qu'on l'atteindra quelquefois. L'on peut donc le rechercher lorsque la famille vous le demande, pourvu que l'on soit prêt dans tel cas rebelle où l'on voit après quelques mois qu'on n'y réussira pas, à renoncer à ce traitement et à revenir à l'appareil plâtré. Il n'y a pas d'inconvénient à avoir essayé.

En d'autres termes, aux parents qui demandent la guérison avec des mouvements, on exposera les chances assez restreintes qu'on a d'y arriver et la peine et le temps qu'il y faut dépenser pour conserver ces quelques chances. Si, ainsi éclairés, les parents persistent à demander au médecin de faire cette tentative, le médecin acceptera, *tentare licet*.

Je me résume :

Lorsqu'un coxalgique nous arrive avec une déviation et des douleurs la réponse à faire aux trois questions des parents est celle-ci :

Nous le guérirons.

Il marchera en bonne attitude, correctement. Il aura une hanche enraidie presque toujours ; cependant on peut essayer de conserver les mouvements, sans pouvoir garantir le succès.

Nous le guérirons : mais pour assurer cette guérison, nous ne ferons que des manœuvres douces et méthodiques de redressement, et nous chercherons même à assainir préalablement la hanche par des injections modificatrices intra-articulaires dans les formes virulentes qui sont aussi les formes très douloureuses.

La correction sera maintenue par un grand appareil plâtré construit d'après les indications que nous avons données dans notre livre sur la coxalgie.

La guérison se fera en très bonne attitude avec une jambe solide et par conséquent le malade pourra marcher correctemont.

On ne saurait en dire autant d'une manière générale de l'extension continue.

L'appareil plâtré a donc marqué un très grand progrès dans le traitement de la coxalgie.

Sans doute, il laisse généralement une hanche plus ou moins raide, mais il guérit sans déviation.

Or, entre deux hanches dont l'une est raide et l'autre déviée, notre choix est fait ; car on marchera incomparablement mieux avec une hanche raide mais en bonne attitude, qu'avec une hanche déviée, eût-elle conservé quelques mouvements.

Troisième cas. — L'enfant a un abcès fermé avec ou sans déviation.

On traite et on guérit l'abcès par les moyens que l'on sait : ponctions et injections. Le traitement orthopédique sera : repos dans la position couchée comme pour les coxalgiques de la première variété, s'il n'y a pas d'attitude vicieuse, ce qui est exceptionnel.

Le même traitement que pour les coxalgiques de la deuxième variété si l'enfant a une déviation ce qui est le cas habituel ; mais on ne traitera celle-ci qu'après avoir assaini la hanche, ce qui se fait en

traitant l'abcès; et en ajoutant aux injections faites dans la cavité de l'abcès quelques injections faites dans la cavité de l'articulation.

Quatrième cas. — Coxalgie avec abcès ouvert.

Il faut établir une distinction suivant que la fistule est infectée ou non.

Si la fièvre est nulle, s'il n'y a pas d'albuminurie ni de toux, la fistule n'est pas infectée ; on guérira l'enfant dans un temps plus ou moins long : six mois, un an, deux ans, par les injections modificatrices, mais on le guérira. La résection doit être proscrite : elle ne guérit pas et elle mutile.

Si la fistule est infectée : albuminurie, fièvre... tout n'est pas perdu parce que ces accidents peuvent être dûs à une cause passagère : une rétention de pus qu'on peut faire cesser.

On draine, on ouvre largement les trajets fistuleux, on fait une bonne antisepsie et la fièvre cède si elle est dûe à une cause locale. — On combat l'albuminurie par le régime lacté.

Si malgré un bon traitement local et alimentaire, après un mois d'efforts par exemple, la fièvre et l'albuminurie persistent, c'est un signe d'infection irrémédiable.

Il n'y a rien à faire, il faut s'avouer vaincu. — L'air de la mer est mauvais, il donne un coup de fouet aux manifestations viscérales, il fait flamber l'organisme ; il faut renvoyer le malade dans un air moins excitant.

Ici encore la résection ne vaut rien ; elle hâterait le terme fatal....

A qui voudrait de plus amples détails sur la résection, nous dirons de se reporter à notre livre de la coxalgie. Nous n'en parlerons pas ici, c'est une opération qu'il faut proscrire (1).

(1) Voici les conclusions d'un article que nous avons publié récemment sur la résection de la hanche (*Presse médicale,* 21 janvier 1900) :

« L'on ne résèquera donc jamais, hormis le cas heureusement fort rare où tout ce que l'on a pu faire pour supprimer la fièvre causée par la rétention du pus infecté dans la profondeur de la région, a échoué ; ou il importe de supprimer la tête fémorale, pour améliorer le drainage et l'écoulement du pus qui amèneront la cessation de la fièvre.

La fièvre, qui par sa persistance, mettait très sérieusement la vie du malade en danger, nous force la main dans ce cas, et nous nous résignons pour sauver le malade, à lui enlever l'extrémité supérieure du fémur. Cette opération sera aussi économique que possible. Elle a pour but d'assurer le drainage et non pas de supprimer la totalité des foyers tuberculeux de la région. Mais ces cas sont heureusement très exceptionnels puisque, depuis trois ans passés, je ne me suis pas trouvé devant cette indication de réséquer ; si bien que depuis trois ans je n'ai pas fait, en réalité, une seule résection.

Je finis par où j'ai commencé : pendant plusieurs années j'ai traité toutes mes coxalgies graves par la résection ; depuis 5 à 6 ans, je ne fais plus jamais de résection mais seulement des traitements conservateurs. Or je sauve infiniment plus de malades par les traitements conservateurs que par les résections, et mes guérisons actuelles sont infiniment plus belles que celles d'autrefois.

Je n'espère pas convertir les chirurgiens qui résèquent encore les coxalgies, parce qu'en chirurgie l'on n'est jamais converti par autrui, on se convertit plutôt par sa propre expérience. Je m'adresse au grand public médical, c'est-à-dire, à tous les médecins qui n'ont pas encore pris parti pour ou contre la résection.

Et cependant, je ne puis m'empêcher de dire à ces chi-

Traitement de la convalescence.

A quel moment va-t-on faire marcher le coxalgique ?

Lorsque la maladie est guérie.

Il n'y a pas un signe absolu permettant de préciser à quel moment le mal est véritablement éteint.

Car la disparition des manifestations cliniques de la coxalgie ne signifie pas absolument la disparition effective du mal. Il faut bien savoir au

rurgiens eux-mêmes, comme aux chirurgiens Allemands et Anglais qui pratiquent tant de résections : Vous êtes dans l'erreur, la cause que vous soutenez est trop mauvaise ; vous qui réséquez, vous qui ouvrez vos coxalgies, vous vous mettez de ce fait dans une infériorité irrémédiable. J'accorde que votre maestria est incomparable et votre habileté chirurgicale merveilleuse ; mais seriez-vous beaucoup plus habiles que nous, les conservateurs à outrance, vous n'y ferez rien ; votre thérapeutique est trop défectueuse, vous aurez fatalement et toujours le dessous.

Le chirurgien qui n'ouvre jamais le foyer de la hanche ne perdra d'autres coxalgiques que ceux que la méningite lui ravira. La méningite ne vous épargnera pas davantage, vous qui réséquez ; elle vous enlèvera tout autant de malades, et de plus, vous aurez à déplorer un nombre considérable de morts, par cachexie, par néphrite, par dégénérescences viscérales.

Croyez-en un chirurgien qui a pensé, agi, parlé comme vous et qui, instruit par une longue et grande expérience, dit bien haut aujourd'hui :

Les coxalgies non ouvertes, c'est une faute très grave, souvent irréparable de les ouvrir jamais ! Et celles qui nous arrivent ouvertes, la pire des thérapeutiques est encore de les réséquer. »

contraire, qu'à partir du jour où le foyer morbide paraît éteint cliniquement, il s'écoulera plusieurs mois avant que tout germe morbide soit réellement détruit dans la profondeur des tissus.

Il y a donc après comme avant la période des manifestations cliniques (appréciables pour nous), une période latente de la coxalgie, généralement très longue.

J'estime qu'en règle générale, il ne faut faire marcher le malade qu'après avoir attendu 6 mois au moins après la disparition complète de toutes ces manifestations cliniques et en particulier de toute douleur spontanée ou provoquée, diurne ou même seulememt nocturne.

Comment marchera le malade ? avec ou sans tuteur ?

On ne lui donnera un tuteur que si l'attitude ne reste pas bonne spontanément.

Mais, dira-t-on, si l'attitude ne reste pas d'elle-même bonne, c'est que la maladie n'est pas guérie ? Cette déduction n'est pas exacte. Un enfant peut être guéri (c'est-à-dire que son mal est éteint) et cependant conserver une tendance à se dévier parce que la jambe peut être un peu plus courte ou très amaigrie, et surtout parce que les divers groupes musculaires antagonistes n'ont pas la même vigueur, dès lors les plus vigoureux (les adducteurs généralement) tirent la jambe de leur côté.

Parfois cette tendance à la déviation ne se mani-

feste que dès que le malade est mis sur pieds.

Le malade qui pouvait se passer d'appareil de contention tant qu'il était couché, ne peut plus s'en passer dès qu'il veut marcher.

Assez souvent cependant cette tendance existe, même lorsque le malade est couché ; en ce cas elle va s'accentuer encore dans la position debout.

1er *Cas. — La jambe malade, au repos, se maintient droite sans appareil.*

Nous masserons le membre, le malade étant encore couché et avant de lui permettre de se lever, en prévision de l'influence que la marche peut avoir pour faire naître l'attitude vicieuse sur ces membres fréquemment amaigris. Et on continuera ces massages lorsque le malade sera sur pieds.

Mais si, malgré ces massages, le malade se dévie, ou bien on le couchera de nouveau pour le faire masser encore pendant quelques mois avant de faire un nouvel essai, ou bien on lui appliquera un petit tuteur en celluloïde qu'il gardera pendant les heures de station debout et qu'on enlèvera dès que le malade se remet au repos.

2e *Cas. — Le malade a tendance à se dévier même dans la position couchée.*

En ce cas l'hésitation n'est pas permise, on lui appliquera un petit appareil plâtré allant de l'ombilic au-dessus du genou, et un peu plus tard, lorsque la jambe sera un peu plus ferme et plus solidement fixée dans son attitude, un tuteur amovible en celluloïde permettant des massages

fréquents et qu'on n'appliquera que pour la marche.

En résumé :

Si le malade peut marcher sans appareil c'est mieux ; sa jambe prendra plus de force, sa hanche s'assouplira davantage et spontanément. En ce cas, au début le malade marche avec deux bâtons, puis une canne prise du côté opposé à la jambe malade, puis rien.

Et pour qu'il puisse marcher sans tuteur, il ne suffit pas qu'il n'y ait plus, au repos, de tendance à la déviation ; il faudra, même en ce cas, laisser cet enfant plusieurs mois encore dans la position couchée, refaire ses muscles avant de le mettre sur pieds, puisque nous savons que la station debout dévie les jambes coxalgiques amaigries et peu musclées.

Si cette tendance à la déviation existe même au repos, il faut appliquer à l'enfant un appareil inamovible (petit plâtre). Grâce à ce petit tuteur plâtré, la perfection de la marche est telle que personne ne peut soupçonner que l'enfant porte encore un appareil quelconque.

Mais si la tendance à la déviation ne s'est manifestée que sous l'influence de la marche, l'on s'en tiendra à l'application d'un simple tuteur amovible en celluloïde. Dans ce dernier cas on enlève le petit appareil lorsque le malade est au repos, ce qui permet de le masser et de lui faire prendre des bains de mer. Et on laisse le tuteur jusqu'à ce que la jambe, même pendant la mar-

che, garde d'elle-même une position invariable ce qui peut se faire attendre une ou plusieurs années.

J'ai dit plus haut que je préférais l'appui moins solide de deux bâtons qui ne dispense pas la jambe malade de tout exercice, à l'appui trop vigoureux des béquilles ; en effet, si je n'aime pas beaucoup les béquilles en principe, c'est parce que le malade qui s'en sert marche sur trois jambes qui sont les deux béquilles et la jambe saine, et l'autre, la jambe malade ne fait dès lors aucun travail ; si bien qu'après un ou deux ans de béquilles, la jambe saine a un volume énorme et la jambe malade est maigre comme « une allumette. » Cette inégalité si marquée suffira à faire boiter le malade. Car on boite ou on ne boite pas avec une jambe de longueur normale suivant qu'on a ou qu'on a pas de bons muscles; donc le massage fait beaucoup au point de vue de la marche.

Quant à l'influence de la mobilité de la jambe sur la correction de la marche, c'est plutôt le contraire qu'il faut noter : comme ces jambes sont toujours plus ou moins amaigries on peut dire, en règle générale, que moins il y aura de mobilité moins l'enfant boitera.

Pour ne pas boiter lorsque la hanche est mobile il faut avoir une jambe non seulement en bonne attitude, mais de longueur et de muscles normaux tandis que lorsque la hanche est raide on peut ne pas boiter, même avec une jambe un peu plus mai-

gre que l'autre. Mais nous nous sommes déjà longuement expliqué sur ce point.

Donc ne rien faire pour développer les mouvements ; à moins que la jambe ait une musculature et une longueur absolument normales ce qui est assez rare.

Les rechutes.

S'il y a rechute (contractures, douleurs etc.) on réimmobilise l'enfant.

Si, sans véritable rechute, l'attitude se compromet, ce qui n'est possible que lorsque l'enfant ne porte pas d'appareil ou ne porte qu'un mauvais appareil, il faut lui remettre un appareil plâtré pendant quelque temps, après avoir corrigé aussi doucement que possible la déviation.

Ou bien l'on demande l'effacement de cette attitude vicieuse aux moyens orthopédiques suivants :

Pour la tendance au raccourcissement, la traction nocturne longtemps prolongée.

Pour l'adduction, cette même extension directe plus une ou plusieurs séances quotidiennes de tractions destinées à porter l'extrémité inférieure du fémur en dehors, grâce à un système de poulies approprié, que les parents peuvent installer et surveiller eux-mêmes.

Pour corriger la flexion, une pesée sur les fesses (2 ou 3 séances d'une demi heure chaque jour) avec des coussins de sable, le malade étant couché sur le ventre et le genou relevé.

De cette façon on atténue et l'on arrive même à corriger cette déviation commençante, sans avoir à remettre un appareil inamovible, ce qui déconcerterait par trop les parents ; d'autant que cette attitude vicieuse peut se produire plusieurs années après la guérison du foyer de la coxalgie.

Les ankyloses de la hanche consécutives à la coxalgie.

Il faut réserver ce nom d'ankylose aux déviations de la hanche qui se présentent à nous lorsque la maladie est terminée ou, tout au moins, lorsque la maladie paraît terminée.

Je parlerai d'abord des *ankyloses en mauvaise attitude* : celles-là, il faut toujours les traiter.

Il y a deux traitements, suivant qu'il s'agit d'ankylose fibreuse ou bien d'ankylose osseuse incomplète ou à peu près complète, cette dernière variété étant très rare après la coxalgie tuberculeuse.

Mais dans les deux cas, avant de rien faire, précisément parce qu'on n'est jamais assuré de la guérison parfaite de la hanche, il est bon de chercher à assainir celle-ci par des injections modificatrices.

Et quelques semaines après l'on commencera le traitement actif de la déviation.

Si la déviation est fibreuse, on peut arriver à la correction en plusieurs séances, sans chloroforme, par de petits moyens.

Voici comment on procède :

On corrige le plus qu'on le peut par des tractions ou des pressions de quelques minutes très bien tolérées par l'enfant (c'est lui qui indiquera les limites de la force à déployer) et l'on fixe cette correction partielle dans l'appareil plâtré. — Et tous les quinze jours on recommencera jusqu'à ce que soit obtenue la parfaite correction.

Comme il existe presque toujours une adduction marquée, on fera céder par des pressions exercées vigoureusement avec les pouces, à travers les téguments (pour éviter la ténotomie), les insertions des tendons adducteurs au pubis; et l'on placera la jambe dans une abduction plus ou moins marquée.

J'ai pu arriver ainsi, dans l'espace de deux à quatre mois, à des résultats surprenants, presque parfaits, pour des ankyloses vieilles de plusieurs années et nécessitant la marche avec des béquilles, le pied malade ballant à vingt ou trente centimètres du sol.

Si la soudure est osseuse, complète ou presque complète, on n'arrive plus à la correction par les petits moyens, mais on peut y arriver d'un coup en faisant sous le chloroforme une longue et laborieuse séance de manœuvres de redressement, suivant le procédé décrit dans mon livre de la coxalgie (1).

Mais en vertu du principe qui commande d'éviter toujours et partout les traumatismes inutiles et

(1) Voir sur ce sujet la thèse du Docteur Quettier, Lille, 1895.

de réduire ce traumatisme dans la mesure du possible, j'estime qu'il y a intérêt pour le malade à remplacer ces longues séances de redressement non sanglant, il est vrai, par la petite opération suivante :

Elle consiste, après la rupture des tendons adducteurs au pubis obtenue par la pression des pouces, à couper le col du fémur au ras du bassin (Adams) ; ceci peut s'obtenir par une ostéotomie sous-cutanée; on introduit un petit ciseau à froid, par une boutonnière cutanée de un centimètre, sur le col anatomique, entre le grand trochanter et le bassin : quelques petits coups de maillet, et le col est coupé, en moins d'une minute, comme si l'on faisait une ostéotomie de Mac Ewen pour genu-valgum.

Le ciseau retiré, la petite plaie se ferme d'elle-même ou bien l'on fait un point de suture.

Le fémur redressé est maintenu dans une abduction marquée par un grand appareil plâtré qu'on laisse en place quelques semaines. A l'encontre de toutes les ostéotomies proposées, celle-ci est d'une bénignité absolue et ne cause qu'un traumatisme infime, certainement moindre que mon long redressement (non sanglant) d'autrefois.

En outre, ce procédé donne aussi un bénéfice beaucoup plus grand, parce qu'on a fait plier le fémur beaucoup plus haut que dans les autres ostéotomies, au niveau de l'angle qu'il fait avec le bassin.

Faut-il rechercher les mouvements en même

temps que la correction dans ces cas d'ankyloses vicieuses ?

Non, bien qu'il ne soit pas absolument impossible d'y arriver. J'y suis arrivé dans deux cas où les parents m'avaient supplié de rechercher la mobilité après la correction, mais au prix de quels soins de la part des parents et de mes assistants ! et encore le résultat n'est-il que partiel, et je crains toujours que cette mobilité ne vienne à compromettre quelque jour la bonne attitude de la jambe. Le mieux est, dans ce cas, souvent l'ennemi du bien, et il vaut mieux fixer solidement la jambe en bonne attitude en abduction, sans rechercher la mobilité.

Les ankyloses sont en bonne position. — Faut-il y toucher ? Oui, si la jambe a sa longueur normale et une musculature également normale ; on a cinquante chances sur cent d'arriver sans compromettre l'attitude à des mouvements utiles, en se donnant immensément de peine et en y mettant au moins une année.

Dans les autres cas, on arrivera à des mouvements, mais il se produira une déviation; or, il vaut mieux avoir une jambe raide qu'une jambe déviée : le malade aurait perdu à l'intervention au point de vue de la perfection de la marche ; il faudrait en venir à réankyloser la hanche, dont la mobilisation aurait coûté tant de peine.

Si l'on songe combien le premier cas est rare : une jambe, de longueur normale, avec des muscles normaux, on voit combien exceptionnels seront

les cas où il y aura intérêt pour le malade à assouplir la hanche : simplement quelques cas de coxalgies légères guéries avec raideur après un traitement de quelques mois à peine.

Telles sont les considérations que je voulais présenter ici sur le traitement de la coxalgie.

Elles peuvent se résumer en quelques mots.

Il faut avoir constamment devant les yeux ce double objectif :

1° Ne pas ouvrir ou ne pas laisser s'ouvrir le foyer tuberculeux de la coxalgie, moyennant quoi, nous arriverons toujours à la guérison ;

2° Assurer la bonne attitude de la jambe, ce qui permettra à notre malade de marcher sans boiterie.

Si on le peut, on songera à sauvegarder la vigueur des muscles et la souplesse de la hanche. Mais il faut se souvenir qu'il faut être très circons pect, car, en recherchant cette souplesse, on ocm-promet souvent la bonne attitude. Or, entre deux jambes, dont l'une est en bonne attitude et un peu raide, et l'autre mobile, mais un peu déviée, la première est plus utile incontestablement pour assurer la correction de la marche.

Par le traitement que je viens d'exposer nous guérirons toujours la coxalgie ; nous la guérirons sans boiterie très souvent et, même dans un certain nombre de cas nous la guérirons en rendant au malade une jambe normale.

CHAPITRE XI

Mal de Pott.

Sommaire. — A l'encontre de la plupart des chirurgiens je n'admets ici, comme pour toutes les manifestations de la tuberculose, d'autre intervention active que celle qui a pour but la correction de la difformité.

S'attaquer directement, comme on l'a fait, par une intervention sanglante au foyer tuberculeux du mal de Pott, ou à la paralysie, ou à l'abcès par congestion, c'est transformer le mal de Pott fermé en un mal de Pott ouvert.

Or si le premier a plus de 95 chances pour cent de se terminer par la guérison, le deuxième a plus de 95 chances sur 100 de se terminer par la mort.

Je ne puis assez m'étonner que les chirugiens qui ont tout osé en fait d'opérations sanglantes pour attaquer la paralysie et le foyer ou l'abcès du mal du Pott pour lesquels l'abstention est infiniment préférable, n'aient jamais songé à lutter contre la gibbosité pour laquelle cependant leur intervention aurait été incomparablement plus inoffensive et plus indiquée.

Plus inoffensive, si tout ce qu'on fait contre elle se passe en-dehors du foyer tuberculeux qui restera fermé.

Plus indiquée, puisque les autres manifestations de la maladie guérissent bien mieux si l'on s'abstient de tout traitement chirurgical, tandis que la gibbosité, si l'on ne s'y oppose, s'installe et s'accroît fatalement.

Or la gibbosité est ici la manifestation symptomatique particulièrement grave.

Supprimez la gibbosité avec ses conséquences immédiates ou éloignées, et le mal de Pott n'est plus la maladie redoutable que chacun sait. Ne rien faire, cela veut dire s'en tenir aux traitements anciens, car ni les gouttières ni les corsets ne peuvent en effet empêcher la gibbosité de se produire et de s'aggraver ; tous les chirurgiens le savent; et l'on en trouve même l'aveu chez les auteurs qui ont écrit sur la question.

Ces moyens ne peuvent suffire que dans les cas extrêmement bénins et par conséquent exceptionnels.

Pour l'immense majorité des cas, il faut donc un traitetement plus sévère, plus précis, plus parfait.

Premier cas.

Le malade arrive sans gibbosité sans paralysie, sans abcès (ce mal de Pott répond à la coxalgie venue sans déviation).

Notre objectif c'est de faire un traitement qui empêche sûrement la gibbosité de se produire.

Le repos dans la position couchée ne suffit pas, même sur la planche ou dans la gouttière de Bonnet ou la gouttière plâtrée.

Le seul moyen qui nous permette d'atteindre le but c'est de mettre l'enfant dans un grand appareil plâtré qui maintienne exactement la totalité du tronc, comme le grand appareil de la coxalgie est le seul moyen assuré d'empêcher une déviation de la hanche.

Mais ici, le grand appareil plâtré est encore plus difficile à faire qu'à la hanche. Il faut qu'il maintienne la totalité du tronc, la base du crâne et le bassin, sans cependant gêner le fonctionnement des organes thoraciques ni abdominaux et sans blesser l'enfant.

La difficulté de sa construction, voilà l'écueil. S'il est mal fait, il ne remplira pas le but, il peut même être malfaisant ; mais il en est de même pour tous les appareils à des degrés différents. L'orthopédie demande une grande habileté et une grande expérience.

Un appareil bien fait maintient le dos mathématiquement et sauvegarde l'état général de l'enfant.

On le construit dans la suspension avec légère lordose, ce qui nous permet de réaliser ces deux indications du traitement des tuberculoses ostéo-articulaires à savoir la décompression des surfaces malades dans l'immobilisation absolue du rachis et le repos dans le décubitus horizontal.

Cet appareil sera changé le plus rarement possible pour éviter tout traumatisme inutile à l'enfant.

2e *cas.* — Mal de Pott avec abcès.

Tout se réduit à ceci : n'ouvrir jamais les abcès, les empêcher de s'ouvrir. Donc les traiter par les ponctions et les injections modificatrices lorsqu'ils menacent la peau.

3e *cas.* — Mal de Pott avec paralysie.

Les opérations sanglantes proposées autrefois pour combattre la paralysie doivent être proscrites : parce qu'elles ont une gravité immédiate très-réelle, parce qu'elles ont une gravité éloignée redoutable puisqu'elles ont ouvert le foyer tuberculeux et que la fistule qu'elles laissent ne se guérira plus, et enfin parce qu'elles n'ont que très peu d'action durable sur la paralysie.

Au contraire, le redressement par la simple suspension et l'application immédiate d'un grand appareil plâtré, n'a pas de gravité ni immédiate, ni éloignée, et guérit toutes les paralysies (peut-être 95 à 98 sur 100). Si la simple suspension n'a pas suffi, on fait à une séance ultérieure une légère traction et une pression directe sur la gibbosité pour dégager la moelle et l'on réussit cette fois.

4e *Cas.* — Mal de Pott avec gibbosité.

Si la gibbosité est récente et petite, la suspension avec ou sans chloroforme, avec ou sans légère pression sur la gibbosité, la corrige ; ce redressement dure moins d'une minute et est d'une bénignité absolue.

Appliquer immédiatement un grand appareil plâtré en légère lordose et laisser le malade environ un an dans la position couchée, en ne changeant l'appareil que tous les six ou sept mois, si c'est possible.

Si la gibbosité est un peu plus ancienne et plus marquée, faire dans la suspension une pression directe plus énergique, une traction un peu plus forte, mais sans traumatisme inutile. La correction dure encore ici une ou deux minutes, et le traumatisme, est entre des mains exercées, moindre que celui du redressement du genou et de la hanche.

L'appareil plâtré ne doit pas blesser l'enfant, sinon le but n'est pas complètement atteint; parce que, dès lors, l'immobilisation n'est plus absolue. Nous dirons les moyens d'empêcher ces petites blessures.

L'opération sanglante consistant dans l'ablation des extrémités saillantes des apophyses épineuses et l'avivement du périoste des lames, est une intervention qui dure cinq minutes et est d'une bénignité éprouvée.

Elle a de grands avantages :

1° de faciliter le redressement;

2° d'empêcher que l'appareil ne blesse l'enfant ;

3° de favoriser la consolidation par les néoformations scléreuses et osseuses qu'elle amène.

Si la gibbosité est ancienne et volumineuse, si elle est soudée, c'est-à-dire ne bougeant plus, il ne faut pas y toucher.

Si elle n'est pas soudée, si elle augmente encore, il faut la traiter pour arrêter sa progression ; et le meilleur moyen d'y arriver, c'est de la redresser un peu.

Les enfants doivent rester couchés, si ce n'est lorsque leur état général commande de les faire marcher.

La guérison locale est beaucoup mieux sauvegardée par le décubitus horizontal.

Généralement, les enfants garderont ce repos environ un an.

Puis ils se lèvent avec le même grand appareil plâtré emboîtant le crâne (n° 1), ou bien avec un grand appareil s'arrêtant par un col officier à l'union du crâne et de la nuque (n° 2), plus tard avec un petit corset sans col, mais avec « épaulières » (n° 3), qu'on leur laissera longtemps ; on le remplacera plus tard par un corset amovible en celluloïde.

En faisant ainsi on n'aura pas toujours des résultats parfaits, mais on aura des résultats infiniment supérieurs à ceux des anciens traitements parce qu'on aura lutté avec infiniment plus de vigueur et de persévérance contre la gibbosité tenace et rebelle.

Ce qu'il faut dire surtout c'est que pour les enfants venus à nous pas trop tard, nous avons un moyen sûr d'empêcher la gibbosité d'apparaître ou si elle existe le moyen de la corriger très souvent. Les résultats seront d'autant plus beaux que le traitement nouveau sera mieux connu et mieux appliqué.

A ceux qui me considèrent comme trop interventionniste dans le traitement du mal de Pott je veux faire remarquer dès le début de ce chapitre que je suis le plus conservateur des chirurgiens en ce qui regarde le traitement des tuberculoses locales.

Mes publications antérieures et ce livre tout entier, montrent que j'ai soutenu et que je soutiens la supériorité indiscutable de la conservation à outrance sur les opérations sanglantes (résections, grattages, curetages) que préconisent encore contre la tuberculose externe presque tous les chirurgiens du monde entier.

Et mon attitude en présence du mal de Pott n'est nullement en contradiction, comme on l'a dit légèrement, avec ces principes de conservation que j'ai toujours soutenus.

Encore ici j'estime que l'ouverture du foyer tuberculeux est désastreuse et je condamne absolument les méthodes thérapeutiques qui n'attaquent la paralysie et l'abcès par congestion du mal de Pott qu'en ouvrant le foyer où siègent les lésions

bacillaires. A l'encontre de beaucoup de chirurgiens, je me refuse à attaquer directement, en aucun cas, le foyer vertébral, à opérer jamais par la méthode sanglante une paralysie pottique et je me conduis pour les abcès du mal de Pott comme pour les abcès froids ayant leur siège en un autre point du corps.

Je ne puis assez m'étonner que les chirurgiens qui ont tout osé et tout fait pour attaquer directement le foyer tuberculeux du mal de Pott, pour lequel l'abstention est cent fois préférable, n'aient jamais songé à lutter contre la gibbosité, ce qui serait incomparablement plus bénin et incomparablement plus utile.

Notre formule à nous est l'inverse de la leur : ne porter jamais l'instrument tranchant sur le foyer bacillaire, ce qui est désastreux, lutter contre la gibbosité par tous les moyens possibles, comme nous cherchons par tous les moyens à corriger la déviation de la hanche ou du genou, sans toucher jamais au foyer tuberculeux lui-même.

Car malheureusement si l'on ne s'y oppose, la gibbosité s'installe et s'accroît fatalement. Or la gibbosité est ici la manifestation symptomatique particulièrement grave. Supprimez la gibbosité avec ses conséquences immédiates ou éloignées et le mal de Pott n'est plus la maladie redoutable entre toutes que vous savez.

Ne rien faire, cela veut dire s'en tenir aux trai-

tements employés jusqu'à ce jour, car ni les gouttières, ni les corsets ne peuvent, en effet, empêcher la gibbosité de se produire et de s'aggraver : tous les chirurgiens le savent ; on en trouve du du reste l'aveu chez tous les auteurs qui ont écrit sur la question.

Ces traitements classiques peuvent se ramener à deux variétés : ceux qui préconisent le repos au lit avec ou sans gouttière ; ceux qui consistent dans le port d'un corset permettant la marche.

Si j'ouvre le traité de Lannelongue sur la tuberlose vertébrale, je lis : « On voit dans le mal de Pott la gibbosité se produire et s'augmenter malgré le décubitus horizontal. Je pourrais citer, ajoute ce maître, un nombre respectable de faits cliniques, dans lesquels la gibbosité a continué à s'accroître, malgré le décubitus assez rigoureux et de longue durée ».

La gouttière de Bonnet est pareillement insuffisante.

« J'ai vu, à Berck-sur-Mer, disait un autre chirurgien, j'ai vu des gibbosités naître et se développer dans les gouttières, et quant aux corsets, les gibbosités peuvent s'accroître tout à leur aise dans leur intérieur. » — « On retire souvent de la « gouttière des enfants difformes » dit ailleurs Lannelongue ; et encore : « La gibbosité se produit dans l'appareil de Sayre, ainsi que je l'ai observé maintes fois sur mes malades et sur des sujets traités par les chirurgiens les plus compétents ».

Ces citations me dispensent d'apporter des observations de malades que j'ai pu voir, soignés par les plus grands des maîtres, et chez qui néanmoins s'était produite et développée une gibbosité plus ou moins grande.

Je ne prétends pas que la gouttière de Bonnet, ou la planche de Lannelongue, ou le lit plâtré de Lorenz soient sans valeur; mais ils n'ont qu'une valeur très relative et si l'on peut citer dans le passé des enfants guéris de cette affection sans difformité, cela tient beaucoup moins au traitement employé qu'au siège et à la forme particulièrement bénigne de la maladie.

Pourquoi m'attarder à établir cette insuffisance des anciens traitements qui est évidente, indiscutable pour tous les chirurgiens ayant eu à soigner un grand nombre de malades atteints du mal de Pott et aussi, hélas! pour tous les parents qui ont eu des enfants frappés de cette terrible maladie.

Ai-je besoin d'ajouter que c'est uniquement parce que j'ai moi-même constaté sur mes nombreux malades l'impuissance des traitements classiques à arrêter la déviation rachidienne que j'y ai renoncé et que j'ai cherché à combler cette lacune avérée et avouée, en adoptant une autre attitude que mes devanciers, et une autre thérapeutique.

Mais nous devons procéder avec méthode, définir d'abord le mal de Pott et examiner ensuite les

différents aspects sous lesquels cette maladie se présente à nous dans la pratique.

Le mal de Pott c'est la tuberculose des vertèbres et des articulations qui les séparent. A ce titre, le traitement du mal de Pott tient à la fois du traitement des ostéites et du traitement des tumeurs blanches.

Comme dans toutes les tuberculoses la maladie existe d'abord à l'état de tuberculose sèche ; elle peut rester indéfiniment sous cette forme.

Mais ici comme ailleurs, et plus souvent que partout ailleurs, cette tuberculose sèche peut passer à la suppuration. C'est le mal de Pott avec abcès.

L'anatomie pathologique nous enseigne que l'existence de l'abcès est la règle ; mais on ne dit d'un mal de Pott qu'il est suppuré que lorsque l'abcès se laisse reconnaître cliniquement par les moyens que nous avons à notre disposition.

Si « les maux de Pott suppurés » sont presque toujours des maux de Pott lombaires ou cervicaux, ce n'est pas parce qu'il ne se forme pas d'abcès à la région dorsale, mais parce que, ici, nous ne pouvons pas les découvrir.

Cette tuberculose peut se propager aux parties voisines, les contaminer ou les comprimer sous la forme de fongosités sèches ou sous la forme d'abcès.

La moelle épinière étant l'organe le plus rap-

proché de ces productions tuberculeuses venues des vertèbres, il pourra s'en suivre des troubles médullaires et de la paralysie.

Nous verrons que la paralysie peut être produite encore par un autre mécanisme : la compression de la moelle par une arête osseuse lorsque s'est produite une gibbosité.

La tuberculose peut détruire un segment plus ou moins considérable de la partie antérieure de la colonne vertébrale et dès ce moment, sous l'influence de la pesée du corps, se produit un affaissement antérieur qui se traduit en arrière par l'apparition d'une gibbosité.

Voilà les quatre variétés du mal de Pott que nous pouvons avoir à soigner :

1° Mal de Pott sans abcès, ni paralysie, ni gibbosité ;

2° Mal de Pott avec abcès appréciable ;

3° Mal de Pott avec paralysie ;

4° Mal de Pott avec une gibbosité.

Premier cas. — Dans le premier cas (qui répond à la coxalgie sans abcès et sans déviation) le diagnostic se fait par l'existence d'une douleur spontanée ou provoquée, localisée à un point de la colonne vertébrale ou bien par la démarche spéciale de l'enfant qui immobilise instinctivement un segment du rachis et marche comme si les articulations du dos étaient soudées, et les jambes légèrement écartées ou fléchies — ou bien encore

par la difficulté que l'enfant éprouve pour se baisser ou ramasser un objet ou pour se coucher — signes de présomption corroborés souvent par les résultats de la radiographie qui montre un empâtement en un point de la partie antérieure du rachis et les contours qui séparent les corps vertébraux plus ou moins effacés à ce niveau.

L'existence de la tuberculose vertébrale est reconnue, qu'allons-nous faire ?

Le traitement général, nous le connaissons déjà.

Le traitement local sera celui de toutes les ostéites, de toutes les tuberculoses, c'est-à-dire : 1° le repos et l'immobilisation du foyer morbide, et 2° la décompression des surfaces malades.

La pensée devait venir aux chirurgiens d'attaquer directement le foyer tuberculeux qui siège dans les vertèbres.

L'on n'y a pas manqué en effet.

L'on a déterminé des voies d'accès pour arriver sur les corps vertébraux de la région cervicale, de la région dorsale et de la région lombaire.

Assez récemment encore un chirurgien d'Anvers, dont l'opinion était reproduite par M. Monod, proclamait que le seul traitement rationnel du mal de Pott c'était d'attaquer directement le foyer osseux malade et de l'extirper !

Nous nous sommes expliqué longuement sur la valeur de ces opérations prétendues radicales qui

n'enlèvent rien... que le malade. Car 1° elles ne peuvent pas supprimer entièrement le foyer et alors la plaie se réinocule entièrement.

Et 2° elles laissent ainsi une tuberculose fistuleuse à la place d'une tuberculose fermée. Cette tuberculose fistuleuse amènera tôt ou tard une terminaison fatale.

Je n'insiste donc pas sur la valeur toute négative de ces tentatives opératoires s'appuyant sur une fausse conception de l'évolution naturelle de la tuberculose locale, car celle-ci guérit spontanément en bon air lorsqu'on a assuré le repos parfait de la colonne vertébrale et supprimé toute pesée sur le point malade.

Le repos dans la position couchée, c'est déjà bien, mais le décubitus n'assure pas le repos absolu ; dès lors il ne suffit pas à supprimer la sensibilité douloureuse du rachis, à empêcher les contractions spasmodiques des muscles de la région qui vont instinctivement suppléer à l'insuffisance de cette immobilisation, mais non pas sans amener une compression des vertèbres malades les unes sur les autres.

Si nous voulons assurer l'immobilisation parfaite des vertèbres malades, nous devons placer l'enfant dans un appareil. Lequel?...

La gouttière de Bonnet ? une gouttière plâtrée ? la planche de Lannelongue ?

Ces moyens ne peuvent réaliser qu'une immo-

bilisation très relative et ne suffisent que pour les cas tout à fait bénins.

Je n'ai pas besoin d'en redire les raisons ; on devine aisément qu'une goutttière n'empêche pas l'enfant de se porter en avant.

Un seul moyen de contention réunit toutes les conditions désirables, et nous donne toutes les garanties. C'est celui que nous emploierions au genou ou à la hanche si nous voulions en assurer le repos parfait : un grand appareil plâtré embrassant la circonférence de la région.

Pas plus au rachis qu'à la hanche, il n'y a pas d'autre moyen que celui-là d'obtenir l'immobilisation parfaite de l'organe malade.

Je me hâte d'ajouter que l'appareil plâtré a pour inconvénient à la hanche et au genou de réaliser précisément un repos si absolu que, à la longue, cela peut amener l'enraidissement de ces jointures. Au dos, nous n'avons pas à rechercher la mobilité, au contraire ; si l'appareil contribue à enraidir les pièces du segment malade, ce n'est que pur bénéfice. A la hanche et au genou il peut amaigrir à la longue les masses musculaires qui deviennent ainsi très différentes de ce qu'elles sont dans les membres sains correspondants, ce qui pourrait entraîner une asymétrie dans la marche ; ici les deux côtés du dos étant évidemment soumis au même traitement, cet inconvénient n'existe pas.

Le seul moyen que nous ayons de conserver

au rachis une position invariable, c'est-à-dire d'empêcher toute déviation, c'est de lui appliquer un grand appareil plâtré prenant un point d'appui à la base du crâne et un deuxième sur la ceinture pelvienne au dessous de la circonférence des épines iliaques.

Mais, si c'est un moyen supérieur aux autres, il est évidemment beaucoup plus difficile à bien mettre en pratique. Une planche de Lannelongue, une gouttière Bonnet, c'est l'affaire du bandagiste ; le chirurgien n'y est pour rien ; tandis que l'appareil plâtré demande au chirurgien une grande habileté et une grande expérience. Ceci est vrai également du grand appareil plâtré de la coxalgie dont personne cependant ne met plus en doute la supériorité sur les autres moyens de contention de la jambe.

Cet appareil plâtré se construira de la même manière que le grand appareil plâtré de la coxalgie, (voir notre livre de la coxalgie) avec des bandes plâtrées appliquées sur un revêtement ouaté protégeant la peau. Cette couche d'ouate est très mince dans le dos, plus épaisse en avant sur la poitrine et le ventre.

Sur le dos plus le revêtement intermédiaire sera mince, plus la contention sera exacte ; l'on peut se borner, en cette région, à protéger la peau avec une simple bande de mousseline. Voici comment on procède :

On enroule une bande de mousseline molle

autour du tronc, puis au-dessus de cette bande on applique un grand carré d'ouate sur le cou, la poitrine et le ventre, tandis que sous le menton et le dépassant, on passe une cravate ouatée, capitonnée, débordant le bord horizontal du maxillaire pour empêcher une compression de ce bord par l'appareil plâtré. — La tête et le front sont d'abord compris dans l'appareil, ce qui en facilite la construction; mais dès que le plâtre est sec on découpe la partie qui dépasse par en haut le diamètre occipito-mentonnier; l'on pratique une fenêtre carrée au niveau du larynx pour laisser le jeu de la respiration tout à fait libre, et une autre fenêtre triangulaire dont le sommet répond à la partie supérieure du sternum et la base à l'ombilic; cette base a une longueur égale à la moitié du diamètre du ventre.

Une très grande expérience permet d'arriver à construire des appareils qui maintiennent parfaitement, ne blessent pas et sauvegardent l'intégrité des fonctions respiratoires et digestives, si bien que la généralité des enfants engraissent dans l'appareil, ce qui se conçoit, puisque d'autre part les vertèbres malades étant bien maintenues et même décomprimées doivent guérir, et que cette amélioration locale va retentir heureusement sur l'état général.

J'ai dit *décomprimées*.

En effet, la deuxième indication thérapeutique

à remplir dans le traitement des tuberculoses ostéo-articulaires, c'est la décompression des surfaces articulaires malades.

Tous les chirurgiens qui se sont occupés de la question sont d'accord sur ce point de doctrine, et c'est pour cette raison qu'ils ont proclamé la nécessité de l'extension continue. Ollier, Lannelongue, tous les grands maîtres la font ou plutôt essaient de la faire; car l'extension continue, excellente en principe, est d'une réalisation pratique excessivement difficile ; je dirai même impossible. — Oui, il est impossible, pour les maladies de la colonne vertébrale, d'appliquer exactement l'extension et la contre-extension à la place indiquée, suivant les différents sièges du mal de Pott, de faire que cette extension soit suffisante, de faire surtout qu'elle soit vraiment continue. Malgré tous les efforts, tous les soins, toute la surveillance, cette extension est empêchée à certains moments par quelque léger déplacement de l'enfant, le moindre *impedimentum* qui se trouve dans le lit; un lien qui cède, etc... N'est-ce pas là autant d'occasions de petits mouvements de va et vient des surfaces malades, de petits heurts, de petits traumatismes, c'est-à-dire autant de causes de progression du foyer malade, et n'allez-vous pas ainsi manifestement contre le but que vous poursuivez ?

Eh bien, cette décompression, ce non contact, dont le principe est proclamé par vous et que

vous êtes dans l'impossibilité de produire, ou que vous produisez si irrégulièrement et si mal, je le réalise d'un coup, en quelques secondes ; et immédiatement je fixe dans cette position de léger écartement des surfaces malades, la colonne vertébrale de mon sujet, grâce à l'application du grand appareil plâtré circulaire que j'ai décrit.

Comment faisons-nous cette décompression ?

En appliquant l'appareil dans la suspension.

Cette suspension se fait par la tête seule et à l'aide d'un petit bandage fabriqué très simplement, séance tenante, avec une bande de toile ordinaire.

Je fais remarquer en passant que ce mode de suspension inoffensif que j'ai indiqué le premier est employé actuellement dans le monde entier.

Une bande de 1 m. 50 est repliée sur elle-même et ses deux extrémités nouées. La partie moyenne de l'un des deux chefs de la bande emboîte le menton, la partie moyenne de l'autre embrasse la partie postérieure du crâne à son union avec la nuque.

Les deux chefs viennent se rejoindre au-dessus de l'oreille de chaque côté et sont fixés solidement l'un à l'autre en ce point par deux ou trois épingles anglaises.

A 20 ou 30 centim. de ce point d'intersection les extrémités supérieures de ce petit bandage sont placées dans les rainures latérales de la tringle transversale de l'appareil à suspension.

Cette suspension par la tête seule est facile et précise ; je ne lui ai jamais trouvé d'inconvénients; elle permet l'application exacte de l'appareil. En changeant la longueur respective des deux chefs postérieur et antérieur de la bande, on peut donner à la tête l'inclination qu'on veut (1).

La respiration est aisée dans cette position de l'enfant.

Cette suspension n'est pas pénible en règle générale pour les tout petits enfants qui, souvent, s'endorment d'eux-mêmes dans cette position. Elle est parfois moins bien supportée par les enfants plus grands.

En ce cas, on ne fait qu'une demi-suspension, c'est-à-dire que le sujet est autorisé à poser 1/4 ou moitié ou les 3/4 de la plante du pied par terre.

Dans certains cas où la suspension complète est quelque peu pénible, et où elle devrait cependant de toute nécessité être bien complète, j'endors le malade dans cette attitude.

Autrefois l'on disait et beaucoup de chirurgiens disent encore aujourd'hui, que la chloroformisation dans la position assise et surtout dans la position

(1) On peut amener la tête en avant, tout en conservant aux 2 chefs de la sangle une longueur égale. On fixe une bande à la partie moyenne du chef postérieur de la sangle ; en tirant sur l'autre extrémité de cette bande surajoutée on peut incliner la tête en avant à volonté. Cette extrémité libre de la bande est ensuite fixée à la tringle transversale de l'appareil à suspension. La sangle ne va pas déraper si elle a été faite sur mesure.

debout amène fatalement des syncopes. — J'ai donné le chloroforme plusieurs milliers de fois dans la suspension complète.

Or, non-seulement je n'ai jamais eu d'accident, mais encore je puis dire que l'enfant dort beaucoup mieux dans cette position que dans aucune autre (Et en effet, si l'on veut bien y réfléchir, le sujet se trouve alors dans la position de légère tension du larynx, que nous donnons instinctivement au malade lorsque nous faisons la respiration artificielle).

Donc on met le sujet dans la suspension et en faisant une pression légère au niveau du point malade, on amène une légère lordose, ce qui permet de produire la décompression dont nous avons parlé.

Voilà en quelques mots le traitement nouveau du mal du Pott :

Un traitement qui réalise la décompression des surfaces malades dans l'immobilisation absolue du rachis et le décubitus horizontal.

Ainsi donc pour moi les indications thérapeutiques, et je dirai même les principes qui me guident, sont les mêmes que pour les auteurs classiques.

J'y satisfais d'une manière que je crois être parfaite tandis que les moyens et les procédés qu'ils avaient à leur disposition étaient notoirement insuffisants.

J'ai dit que je considérais cette manière de faire

comme parfaite ; il suffit en effet d'avoir vu construire une fois le grand appareil dans la suspension, avec ou sans chloroforme, pour se rendre compte que tout cela est d'une bénignité parfaite et le traumatisme n'est certes pas supérieur à l'un des mille petits traumatismes supportés par le foyer vertébral d'un malade soumis à l'extension continue.

La construction de l'appareil dure à peine quelques minutes et c'est tout pour les quatre, six ou même huit mois pendant lesquels le bandage restera en place. S'il est bien fait, il maintiendra très exactement le rachis dans la position où on l'a placé. Il ne donnera non plus que très exceptionnellement des petites escarres entre des mains exercées et encore en ce cas faudra-t-il attribuer cet incident à un vice de construction.

L'appareil plâtré est difficile à bien construire, c'est vrai.

Mais c'est la question de principe que je pose ici.

Il y a bientôt dix ans, à la tribune du Congrès de chirurgie, j'ai soutenu que le meilleur traitement de la coxalgie était le grand appareil plâtré, bien supérieur, disais-je, à la gouttière, à la planche de Lannelongue, à l'extension continue. Lannelongue m'a répondu qu'en premier lieu l'appareil plâtré était très difficile à construire, et ensuite qu'il me causerait les plus fâcheux mécomptes : car il empêchait les enfants de digérer, la peau de respirer, laissait se produire des abcès sans qu'on s'en aperçut, pouvait amener des escarres sur les parties

saillantes, que c'était un nid à saletés, etc.... que sais-je !.... Il n'y avait pas de méfaits qu'on ne lui imputât.

Et maintenant que tous les chirurgiens se sont peu à peu familiarisés avec sa fabrication, tous les chirurgiens font l'appareil plâtré dans le traitement de la coxalgie ; et ce sont précisément ceux qui le combattaient à outrance qui le font dans tous les cas, tandis que moi qui l'ai fait le premier, je reconnais qu'il y a des cas où son emploi est discutable, où je cherche à m'en passer, lorsque je recherche par exemple la mobilité de la jambe. Mais pour le dos, j'estime qu'il n'y a pas d'exception à son emploi, la mobilité n'étant pas à rechercher ici.

Ainsi en sera-t-il pour l'appareil plâtré du mal de Pott. Au fur et à mesure que nous saurons mieux le construire, tous les inconvénients signalés disparaîtront.

Pas plus qu'un chirurgien sans expérience ne peut construire parfaitement, au premier essai, un appareil plâtré de coxalgie, de même il ne saura pas construire un appareil plâtré immobilisant bien la colonne vertébrale sans gêner la poitrine et l'abdomen ; généralement même cet appareil fait par un apprenti ne maintiendra pas le dos et cependant il compromettra le jeu de l'abdomen et du thorax. C'est-à-dire que du grand appareil plâtré l'on n'aura retiré aucun des bénéfices qu'il devait nous donner, et il n'en restera que les inconvénients qu'il est susceptible de présenter.

A ceux-là qui ne savent pas construire l'appareil je n'hésite pas à dire : oui, envoyez vos malades chez le bandagiste, qui leur fera une gouttière Bonnet ; mettez-les sur la planche de Lannelongue ; ne faites rien de plus, puisque vous ne savez rien faire de plus ni de meilleur. — Vous partagerez avec le bandagiste le mérite du traitement s'il suffit (il peut suffire exceptionnellement dans quelques cas très bénins) et s'il échoue, ce qui est la règle, vous laisserez au bandagiste tout le poids et toute la responsabilité de l'échec.

J'accepte donc que l'on dise : un appareil plâtré mal fait peut nuire et gêner des fonctions importantes, il est très difficile de le bien construire ; tout le monde ne peut pas le faire.... C'est certain, j'ai vu un très grand nombre d'enfants chez qui il avait été mal fait et pour qui il était insuffisant ; d'autres chez lesquels il était malfaisant. Je n'en soutiens pas moins, comme pour la coxalgie, que le grand appareil plâtré est le seul moyen que nous ayons de maintenir parfaitement la colonne vertébrale.

Car avec les gouttières de Bonnet et de Lorenz, les enfants se dérobent, n'étant pas solidement maintenus en avant ; du reste on enlève ces gouttières tous les jours ou toutes les semaines, ce qui est très mauvais et est encore une cause d'aggravation de la maladie.

C'est donc un grand appareil plâtré que nous ferons. Il maintiendra la totalité de la colonne ver-

tébrale, il sera construit sur l'enfant dans la suspension, et il sera inamovible.

Il est le pendant du grand appareil plâtré de la coxalgie.

Voilà le grand progrès du traitement nouveau du mal de Pott :

Avoir fait pour le mal de Pott ce que j'ai fait pour la coxalgie :

Un moyen d'immobiliser la totalité du tronc aussi satisfaisant que celui que nous avions trouvé pour la coxalgie.

Un moyen de contention qui n'existait pas jusqu'à ce jour, pas plus qu'on n'avait construit avant moi un appareil de contention de la hanche, allant de la ligne axillaire au pied.

Comme celui de la hanche, l'appareil plâtré du mal de Pott fera son chemin, j'en suis certain ; et ce qui assoit cette certitude, c'est que je constate que mes confrères de Berck et beaucoup de médecins étrangers, qui avaient détaillé au début avec quelque complaisance les inconvénients réels ou imaginaires du grand appareil plâtré du mal de Pott, le font aujourd'hui. Je constate, avec plaisir, pour eux, qu'ils ont fini par reconnaître ici, comme pour le grand appareil plâtré de la coxalgie, que les inconvénients doivent être imputés à la maladresse de qui le construit, et que, lorsqu'il est bien fait, il rend des services qu'on demanderait vainement à tout autre traitement.

L'appareil plâtré du mal de Pott, comme celui de

la coxalgie, fera donc son chemin, mais il lui faudra plus de temps parce qu'il est certainement plus difficile à construire. — Je le regrette, mais je ne puis rien à cela, l'orthopédie est et sera toujours un art très délicat et malaisé.

Ce serait absurde que de repousser les traitements difficiles lorsqu'ils sont supérieurs à tous les autres, parce qu'ils sont difficiles Au début, il arrivait parfois que mes appareils blessaient les enfants, je devais les retoucher; actuellement cela ne m'arrive à peu près jamais ; et puis, avec des pansements attentifs, on peut avoir raison de ces petites écorchures sans rien perdre de la correction.

Il m'est permis, je pense, de conclure que grâce à cet appareil, si nous avons la chance de prendre le pottique à la première période de la maladie, nous avons la certitude de le conduire à la guérison sans gibbosité. — Aucun autre traitement ne donne cette sécurité.

Je ne dis pas que nous éviterons l'abcès. Ceci c'est une autre affaire; nous nous sommes expliqué là-dessus.

Aucun traitement, même à Berck, ne peut sûrement empêcher le passage de la tuberculose sèche à la tuberculose liquide et il faut voir dans cette évolution, non pas une complication fâcheuse, mais un simple incident.

2e *Cas*. — Mal de Pott avec abcès.

Nous nous sommes expliqué déjà en plusieurs

endroits sur la signification de l'abcès dans le cours de la tuberculose externe.

Autrefois le mal de Pott avec abcès entraînait la mort. Actuellement il guérit non moins vite et non moins sûrement que les autres formes de la maladie.

Nous avons déjà dit au chapitre III comment l'apparition d'un abcès très accessible permet au chirurgien d'avancer la guérison du malade.

La manière de traiter ces abcès est la même qu'ailleurs; ils guérissent comme ailleurs et permettent d'atteindre le foyer osseux d'où ils sont venus. — Cependant je leur dois une mention spéciale à cause de quelques particularités qu'ils peuvent présenter.

1° Les abcès du mal de Pott sont parfois infectés d'emblée, en dehors de toute intervention chirurgicale petite ou grande; lorsqu'ils se trouvent dans le voisinage trop immédiat de l'intestin, de celui-ci pourront venir des microbes septiques qui traverseront la paroi intestinale et la paroi de l'abcès.

Ceci est très rare cependant. J'en ai vu seulement trois cas, où l'infection était produite par les staphylocoques et les microbes de l'intestin alors que les malades m'étaient venus sans que personne y eût encore touché.

Dans ces cas exceptionnels, très fâcheux, il ne reste plus qu'à les ouvrir au bistouri et l'on sait la gravité des abcès ouverts.

2° Ces abcès sont plus faciles à infecter par la simple ponction que ceux des autres régions.

Je parle des abcès abdominaux — toujours en raison du voisinage de l'intestin et du péritoine, l'aiguille pouvant traverser un diverticule péritonéal pour atteindre tel abcès profond.

C'est pour cela qu'il faut faire une antisepsie encore plus rigoureuse, s'il se peut, ici que partout ailleurs.

Si l'on a la possibilité de les ponctionner au niveau de la cuisse, ou de la fesse, ou du dos (l'abcès abdominal présentant des diverticules dans ces diverses directions), il faut en profiter, car le risque est alors à peu près annulé.

3° Il faut se garder pour les mêmes raisons d'injecter dans ces abcès un liquide trop diffusible qui produit une trop haute pression.

Malgré qu'un liquide très diffusible paraisse *a priori* préférable ici, en ce qu'il ira plus sûrement atteindre les foyers malades, il est à rejeter parce qu'il peut par effraction pénétrer dans l'estomac, ou l'intestin, lorsque la paroi de ceux-ci, voisine de l'abcès, y touchant même, est déjà altérée en un point et que par conséquent sa résistance est infime en ce point.

Donc il faut n'user qu'avec réserve de l'eau oxygénée et de l'éther iodoformé employé seul.

Tout au plus, après les premières injections peut-on se servir d'un mélange de 1/4 d'éther iodo-

formé et de 3/4 de naphtol camphré pour être plus assuré de modifier le foyer.

Si l'on est naturellement poussé à agir sur l'abcès par cette pensée qu'il peut, à la rigueur, s'infecter spontanément un jour ou l'autre, poussé surtout par l'intérêt très réel qu'il y aurait à atteindre par les liquides modificateurs le foyer osseux vertébral d'où est venu l'abcès, par contre les dernières considérations que nous venons de présenter commandent de s'abstenir, si l'abcès n'est pas facilement accessible.

Si le chirurgien n'est pas sûr d'atteindre l'abcès et de n'atteindre que lui (comme en pareil cas l'abcès ne menace pas d'ulcérer la peau), il vaut mieux n'y pas toucher. L'abcès se résorbera ou bien il deviendra plus superficiel, c'est-à-dire plus accessible.

Ces réserves faites, la technique du traitement de l'abcès froid est la même ici que dans les autres régions.

Surtout qu'on n'ouvre pas l'abcès et qu'on ne le laisse pas s'ouvrir !

Mais, si le malade est venu avec un abcès ouvert par ignorance ou par négligence, qu'allons-nous faire ? La question doit être examinée avec le plus grand soin.

Si l'ouverture est très récente, si l'on n'a pas introduit dans le trajet d'instrument ni de drain, l'on a des chances que ce trajet n'est pas encore infecté ; on le traite comme un abcès froid qui vient

de s'ouvrir par des pansements d'une asepsie absolue et par des injections modificatrices, que j'appellerai discrètes, répétées de temps à autre (1).

Mais, si la fistule est ancienne, elle est à peu près sûrement infectée et l'infection générale a suivi cette infection locale.

L'analyse des urines et le thermomètre renseignent sur ce point.

Je dis aux parents de ces malades, dès l'arrivée :

S'il n'y a pas la moindre fièvre pendant toute une semaine; s'il n'y a pas d'albuminurie nous pouvons encore espérer la guérison.

Si, au contraire, il y a de la fièvre et de l'albumine, la guérison est bien peu probable.

En ces cas, faites des pansements antiseptiques, des lavages de la plaie, des injections de liquides modificateurs laissés en place, ou plutôt essayez-en avec prudence, car s'il s'agit d'une intoxication générale de l'organisme avec des dégénérescences viscérales profondes, les injections seront impuissantes, et elles peuvent même être nuisibles.

J'ai déjà dit que lorsque les abcès siègent dans le dos, le danger d'infection n'existe pas plus que dans les membres; et leur traitement est alors très facile.

Au cou également.

Il faut se garder de prendre ces abcès du cou pour des ganglions suppurés ; il est vrai que pour qui

(1) Voir chapitre IV, page 124.

n'ouvre jamais ceux-ci, le traitement sera le même dans l'un et l'autre cas, et la guérison sera obtenue dans les deux cas par ce traitement unique.

Troisième cas. — MAL DE POTT AVEC PARALYSIE.

Nous avons dit par quel mécanisme la paralysie survenait dans le mal de Pott.

Quel en sera le traitement ?

Les chirurgiens n'ont pas manqué de s'en aller bravement à la recherche de la cause de la paralysie pour la supprimer (les lésions de la moelle épinière sont entrées en effet dans le domaine de la chirurgie).

Intervenir, rien de plus logique en apparence, puisque l'anatomie pathologique nous enseigne que les causes de paralysie sont presque toutes extérieures à la moelle et agissent sur elle par compression (fongosités ou abcès, ou arête osseuse).

Mais l'enthousiasme qui entraîna un instant les chirurgiens vers ces opérations sanglantes « lammectomies, laminectomies », est tombé... heureusement.

Voici quelques considérations qui nous permettront de juger la valeur de ces interventions sanglantes.

Ces opérations ouvrent fatalement le foyer tuberculeux de la colonne vertébrale.

Nous nous sommes déjà trop longuement expliqué sur le danger si grave qu'il y a à ouvrir

les abcès, pour y revenir ici. Plus des trois quarts des malades opérés mourront, un peu plus tôt, un peu plus tard, des conséquences de cette ouverture, des dégénérescences qu'entraînera la fistule ainsi créée.

Je devrais dire : les trois quarts de ceux que n'enlève pas immédiatement l'intervention, car près de la moitié des opérés succombent des suites immédiates de l'opération (hémorragie, choc opératoire, etc.). Que l'issue fatale vienne immédiatement ou médiatement, il y aura bien sept malades sur huit pour qui l'opération aura été mortelle.

Et ceux qui survivront verront rarement la guérison de leur paralysie avancée par l'intervention.

A côté de ces résultats, plaçons ceux du seul traitement orthopédique.

Les guérisons sont à peu près constantes ; plus de 95 fois sur cent la paralysie guérit.

Si la paralysie existe sans gibbosité, le traitement précédemment indiqué suffit à guérir le malade, à savoir l'application d'un grand appareil dans la suspension complète.

En somme dans ce cas où la paralysie est dûe certainement à la compression de la moelle soit par des fongosités, soit par un abcès froid, le meilleur moyen de guérir la paralysie, on le conçoit, est d'appliquer le traitement le plus propre à amener la résolution des fongosités ou de l'abcès froid.

La guérison s'opère généralement dans les quelques semaines qui suivent l'intervention.

Si la paralysie coexiste avec une déviation vertébrale, il faudra appliquer l'appareil dans la suspension et faire en outre une pression digitale sur la gibbosité pour supprimer ou tout au moins atténuer la déviation, car par l'atténuation on arrive généralement à diminuer d'une manière suffisante la compression de la moelle.

Souvent la paralysie cède dès les premiers jours qui suivent ce redressement plus ou moins complet. J'ai vu moi-même, et un très grand nombre de chirurgiens m'ont écrit avoir vu aussi des paralysies datant de 1, 2, 3 ans céder dans l'espace de 3 à 4 jours.

Dans quelques cas exceptionnels on l'a vue disparaître aussitôt après la mise de l'appareil plâtré.

Si un mois, deux mois se passent sans que la paralysie disparaisse ou s'atténue, je conseille de refaire l'appareil plâtré.

Le malade est mis sous le chloroforme dans la suspension, la colonne vertébrale se détend ainsi beaucoup mieux que la première fois. On applique l'appareil tout en faisant, par l'intermédiaire de tamponnets ouatés, une compression sérieuse de chaque côté de la gibbosité tandis que l'on exerce une légère traction sur les membres inférieurs et l'on voit ordinairement la paralysie disparaître dans ces cas rebelles, après la 2e séance.

J'avais tout récemment une très grande jeune

fille de 20 ans avec une paralysie complète, intéressant même l'intestin et la vessie et une gibbosité cervico-dorsale.

L'application de l'appareil plâtré était chez elle particulièrement difficile à cause de son poids et de sa taille énormes.

J'avais fait espérer à la famille que la paralysie guérirait dans les 3 mois.

Or, au 3e mois, trois autres malades opérés en même temps que cette jeune fille étaient guéris déjà depuis plusieurs semaines, et elle, restait sensiblement dans le même état malgré l'application de deux appareils après redressement.

En recherchant la cause de cet insuccès, je reconnus que le grand appareil avait chaque fois cédé avant sa dessication sous la pesée de la malade, que la position dans laquelle l'appareil avait été appliqué n'était pas demeurée absolument invariable, que la décompression n'avait donc pas pu se faire.

Et je proposai sans hésitation de refaire un nouvel appareil plâtré dans une attitude mieux surveillée cette fois; d'où suspension nouvelle sous chloroforme et application plus soignée et plus exacte d'un grand appareil plâtré.

L'appareil cette fois se consolida bien dans la position que nous avions donnée à la malade dans la suspension, j'en étais sûr.

Huit jours après, cette paralysie absolument complète et déjà vieille s'atténuait; les pieds remuaient

— les troubles de la vessie et du rectum disparaissaient au bout de quelques semaines.

Actuellement, 4 mois après, la malade lève facilement les jambes, mais je ne la fais pas encore marcher, parce que ses jambes qui étaient depuis le début de la paralysie tellement fléchies et rétractées que les talons touchaient les fesses, ne sont pas encore redevenues droites. La malade est arrivée maintenant à les étendre à moitié, mais il sera peut-être nécessaire de faire quelques tractions sous chloroforme, pour gagner le reste. Il s'est produit ici une rétraction tendineuse analogue à celle que nous observons à la suite de certaines lésions cérébrales ou médullaires congénitales qu'il faut réduire par la ténotomie pour faire marcher le malade (1).

Tous mes autres malades marchent cependant sans qu'il ait été nécessaire de faire de ténotomie ni de tractions vigoureuses.

Je dois ajouter que dans deux cas j'ai observé une récidive de la paralysie déjà guérie une première fois; j'ai soumis les malades une deuxième fois au même traitement et actuellement ils sont de nouveau sur pied l'un et l'autre.

Il y a une réserve à faire pour l'application de

(1) 1er juin 1900. Cette malade peut marcher actuellement, sans que nous ayons dû faire de tenotomie. Le redressement des jambes s'est opéré sous l'influence d'une double traction continue de plus de 20 livres installée de chaque côté.

ce traitement : si le malade présente des escarres, l'appareil plâtré serait trop difficile à maintenir propre, et l'escarre pourrait même s'agrandir sous lui, ou bien l'on seraitobligé de pratiquer des fenêtres à l'appareil et il pourrait ne plus avoir la solidité voulue pour bien maintenir l'attitude du rachis.

Je conseille en ce cas de guérir d'abord les escarres et ce n'est que lorsqu'elles seront solidement cicatrisées qu'on soumettra l'enfant au traitement indiqué plus haut.

Ce traitement ainsi conduit ne présente pas de danger et guérit la paralysie d'une manière merveilleuse.

Beaucoup de chirurgiens ne pratiquent même le redressement dans le mal de Pott que lorsque avec la gibbosité existe la paralysie, acceptant bien que le redressement est le seul traitement rationnel de la paralysie; car alors même que le redressement ne sera pas maintenu intégralement, la paralysie reste guérie.

En présence de ces résultats et de la bénignité de ce traitement, la question de toutes les opérations sanglantes, lamnectomies et autres, ne se pose plus.

Si ees moyens orthopédiques n'ont donné qu'un redressement très partiel et ne guérissent pas la paralysie, il faut compléter ce redressement, ce qui est le moyen de guérir la paralysie.

Disons dès maintenant qu'au lieu de faire une traction un peu plus forte, je conseille dans le but

d'amoindrir le choc et la secousse que pourrait amener cette forte traction, de mettre les lames vertébrales à nu et si elles paraissent soudées, de faire céder cette soudure avec un ciseau à froid : dès lors la suspension du malade amènera une correction complète et la paralysie cèdera.

Quoi ? Une opération ? Oui, mais qu'on veuille bien remarquer que contrairement aux interventions sanglantes proposées autrefois contre la paralysie, celle que je conseille est d'ordre purement orthopédique ; elle n'ouvre pas le foyer tuberculeux; elle agit en dehors de lui exclusivement sur le rachis postérieur. Ce qui fait qu'elle est aussi bénigne que les lamnectomies étaient graves.

C'est par cette intervention supplémentaire (faite en dehors du foyer bacillaire) que nous avons pu guérir en 4 semaines chez un jeune homme de 32 ans, une paralysie complète déjà ancienne, et qui avait résisté à deux séances de suspension simple, sous chloroforme.

4e cas. — Mal de Pott avec gibbosité

C'est généralement avec une gibbosité déjà perceptible que le malade se présente à nous pour la première fois. Mais la déviation est fort heureusement toute récente encore, à ce moment.

Est-il en effet, même dans le peuple, une mère qui laissera s'écouler plus de quelques semaines ou de quelques mois au maximum avant d'aper-

cevoir la saillie, le nœud qui s'est produit sur le dos de son enfant et avant de le montrer à son médecin habituel.

Quelle sera notre conduite ?

Allons-nous prendre notre parti de la gibbosité déjà existante pour ne chercher qu'un arrêt dans sa progression toujours menaçante ou bien, cherchant le mieux, allons-nous corriger ici comme partout ailleurs, à la hanche et au genou par exemple, la déviation déjà produite ?

Le mal produit est acquis et irrémédiable, disent un grand nombre de chirurgiens, empêchons un mal plus grand.

Et pour cela ils mettent leurs enfants dans la position couchée sur une planche Lannelongue, ou une gouttière Bonnet ou une gouttière plâtrée. Vont-ils arrêter ainsi les progrès de la maladie comme ils s'en flattent ?

Nous avons dit que pour arrêter l'évolution de cette tuberculose ostéo-articulaire il faut satisfaire à deux indications thérapeutiques :

1° L'immobilisation du rachis.

2° La décompression des surfaces malades.

Et si la première condition est remplie en partie par les vieux traitements, la deuxième ne l'est en aucune façon, et c'est pour cela que les gibbosités s'accroissent malgré le décubitus horizontal, de l'aveu même de Lannelongue.

C'est aussi pour cela que l'on a préconisé l'extension continue, mais j'ai déjà dit au début de

ce chapitre qu'elle n'était pas réalisée dans la pratique par les moyens que les chirurgiens emploient d'ordinaire.

Et que le seul moyen de la réaliser, c'était d'immobiliser le dos dans un grand appareil plâtré construit dans la suspension ou la demi suspension du sujet et en légère lordose.

Mais voilà qu'en recherchant simplement les meilleurs moyens de guérir le foyer tuberculeux et d'arrêter la déviation, j'ai corrigé cette déviation car la traction représentée par la suspension simple suffit à corriger les gibbosités récentes...

Eh bien, oui, le meilleur moyen d'empêcher les surfaces malades de se détruire l'une l'autre par les frottements répétés, c'est de les séparer ; le meilleur moyen d'arrêter une gibbosité dans sa marche, c'est de la corriger. Et cet objectif reste le même pendant toute la durée de l'évolution active de la maladie ; quiconque voudra être logique devra, à toutes les périodes, corriger la gibbosité pottique.

Je ne dis pas la corriger intégralement, ceci est une autre question, mais empêcher le contact des surfaces malades : ce qui veut dire redresser peu ou beaucoup.

Ceci me paraît d'une logique rigoureuse. Vous qui parlez de réclinaison, d'extension continue, voire de redressement continu, n'acceptez-vous pas le principe de l'écart des surfaces articulaires, c'est-à-dire le principe de mes redressements

immédiats ? Et ne devez-vous pas, pour être encore logiques, l'accepter à toutes les périodes de la maladie ? (j'entends du mal de Pott en évolution active).

Malgré l'opposition absolue qui paraît exister entre votre conduite et la mienne, je répète que le principe qui nous guide est le même, et le même encore l'objectif que nous poursuivons ; mais tandis que cet objectif par vous ambitionné, vous ne pourrez jamais l'atteindre par vos procédés actuels, je suis assuré de l'atteindre par ma méthode.

Mais, pour vous refuser encore à accepter cette méthode, il vous sera permis, je le veux bien, de m'objecter le danger d'un redressement immédiat ou son inefficacité, l'écart antérieur produit entre les vertèbres ne pouvant se combler.

Nous allons discuter ces deux objections.

Le danger d'un redressement immédiat ?

Personne ne va, je pense, attribuer à la suspension ou à la demi-suspension faite méthodiquement et peu prolongée par le procédé indiqué plus haut, un danger quelconque.

Car tout le monde, ou à peu près, a adopté cette manière de faire.

Or, remarquez bien que cette demi-suspension (l'enfant posant au moins sur la moitié antérieure du pied) suffit souvent pour amener le redressement de la gibbosité récente, chacun le sait.

Voilà donc une petite gibbosité redressée, et redressée celle-là sans danger, de votre propre aveu.

Vous acceptez donc qu'il est tout au moins certains redressements qui sont inoffensifs...

Mais quelle est l'efficacité de ce redressement inoffensif ?

Vous amenez, me dit-on, un écartement des deux fragments et il ne se comblera pas par un cal osseux, donc la déviation se reproduira.

Je répondrai que ceux qui parlent de redressement continu admettent implicitement la possibilité de la réparation de cet écart, sinon je ne comprends plus rien à leur langage. Oui, par quelle aberration étrange ceux-là mêmes qui ont la prétention de faire un redressement continu, viennent-ils ensuite affirmer l'impossibilité pour la nature de réparer un écartement quel qu'il soit, produit entre les deux segments vertébraux.

Mais je vais jusqu'à admettre que quelques-uns aient peur de la suspension simple ou même de la demi suspension, ceux-là peuvent arriver au même résultat, à la correction des toutes petites gibbosités en conservant l'enfant dans la position horizontale, le ventre en bas. L'enfant retourné sur le ventre est soutenu au-dessus de la table par deux aides qui saisissent le premier, la tête, le deuxième, les membres inférieurs. Un aide supplémentaire est adjoint à chacun d'eux, l'un qui applique les mains sous le sternum et les clavi-

cules, l'autre qui applique les mains sous le pubis ou même sous la région ombilicale.

Ces deux aides, de chaque côté, portent ensuite légèrement en haut les deux extrémités de l'arc rachidien comme pour l'infléchir en arrière et cette inflexion suffit à amener l'effacement des toutes petites et récentes gibbosités.

Il ne reste plus qu'à maintenir cette position par l'application du grand appareil plâtré.

Il est vrai que celui-ci est assez difficile à bien construire dans la position horizontale.

Résumons-nous :

Le petit redressement immédiat des toutes petites et récentes gibbosités, celui que donne la suspension simple ou la demi-suspension est légitime aux yeux de tous, puisque tous accordent le principe du redressement continu ou l'inflexion en arrière dans la position horizontale !

De même est légitime dans les gibbosités en évolution active et encore progressantes le redressement partiel que donneront ces mêmes moyens : la suspension, la demi-suspension ou la réclinaison.

Fixez dans cette attitude la colonne vertébrale à l'aide d'un grand appareil plâtré allant du diamètre occipito-mentonnier, à la ligne bi-trochantérienne et maintenez ensuite le malade dans la position couchée en renouvelant son appareil le plus rarement possible : et il est des appareils de mal de Pott, comme ceux de la coxalgie qu'on peut laisser 5, 6 et 8 mois.

Vous ne prendriez et ne retiendriez du traitement nouveau que ces deux choses : la mise en bonne attitude par des moyens sûrement bénins et la manière de réaliser la contention parfaite du rachis que ce serait déjà énorme ; que vous seriez en possession d'un traitement bien supérieur à tous les traitements anciens.

Car on guérira ainsi les petites et récentes gibbosités et l'on arrêtera l'évolution des gibbosités volumineuses que l'on ne veut pas corriger mais dont on voudrait empêcher l'aggravation ; le meilleur moyen de les arrêter étant, comme nous l'avons montré, de les redresser légèrement par la simple suspension ou par la réclinaison dans la position horizontale, le malade retourné sur le ventre.

Que les médecins très réservés ou quelque peu timorés ne fassent que cela, ce sera déjà très considérable.

Le point capital c'est de construire un bon appareil dans cette attitude, un appareil qui ne blesse par l'enfant.

Pour empêcher toute écorchure, il est bon, dans le cas de gibbosités assez volumineuses, de protéger la saillie qui persiste par un coussinet de ouate capitonné. Ce coussinet a la forme d'un carré long de 12 cent. sur 8 environ et de 2 cent. d'épaisseur; ou bien encore l'on applique un coussinet plus grand formé de la réunion de deux petits coussinets cousus par leurs bords les plus longs;

le plein des coussinets s'applique sur les lames et leur ligne de réunion répond à la ligne des apophyses épineuses. Si ce coussinet protecteur est bien moulé par la bande plâtrée sur le dos, l'escarre est évitée, sans que la compression y perde en quoi que ce soit, elle y gagne plutôt.

Voici encore une pratique plus facile que je conseille aux débutants : Dès que l'appareil est sec, découper dans le plâtre une fenêtre au niveau de la gibbosité, mais non pas la laisser libre, comme le font beaucoup de chirurgiens, ce qui est mauvais, car si cela évite les écorchures, cela permet à la gibbosité composée par des chaînons mobiles du rachis, de pointer par là et de se développer. Il ne faut pas laisser libre cette région découverte mais la maintenir avec des carrés d'ouate au nombre de cinq à six dont les extrémités glissent sous les bords de la fenêtre, et sont maintenus ensuite par une bande de mousseline gommée appliquée tout autour de l'appareil en diagonales et en circulaires très-serrées.

Ces détails ne sont pas inutiles, car l'écueil dans cette manière de faire, c'est les blessures que peut causer l'appareil plâtré.

L'idéal serait de laisser l'enfant guérir sous un seul appareil dans le décubitus horizontal sans le toucher. Cette guérison demande d'ailleurs un temps variable suivant les cas comme dans toutes les tuberculoses ; j'ai eu des enfants dont le dos

était consolidé au 6e ou 8e mois, d'autres pour qui il fallait 1 an, 2 ans et davantage.

Il faut éviter à tout prix les blessures; s'il y en a, l'enfant peut souffrir et dépérir ; il faut le panser et dès lors on lui cause à chaque pansement des petites secousses fâcheuses.

Ou bien même parfois on est obligé de changer l'appareil.

Le bénéfice de ce traitement est, par tous ces petits incidents, considérablement diminué, tant au point de vue local qu'au point de vue général.

Il faut, pour que l'enfant en retire un bénéfice complet, qu'on n'ait plus à toucher à l'appareil pendant cinq, six mois et plus, si possible, et c'est dans ce sens que j'ai dit que la contention était chose beaucoup plus délicate et plus importante aussi que la réduction qui n'est presque rien.

Nous verrons, dans un instant, que l'intervention sanglante nous permet d'éviter l'écorchure.

Si le plâtre est bien toléré, c'est-à-dire bien fait, le résultat sera supérieur à tout ce qu'on pourait obtenir avec les anciens traitements.

Jusque-là tout le monde s'entendra, j'espère.

C'est à partir de ce moment que la conduite à tenir est matière à discussion.

Une petite ou moyenne gibbosité résiste à la réclinaison que j'appellerai spontanée, à la traction représentée par la suspension simple : faut-il recourir à des moyens plus énergiques pour obtenir la correction?

Et faut-il rechercher la correction des grandes gibbosités?

Il est deux considérations à étudier pour répondre à cette question.

1° Quel est le danger qu'entraîne l'intervention chirurgicale qui peut donner la correction?

2° Quels seront les résultats éloignés durables de cette correction?

En premier lieu, j'estime qu'entre des mains exercées les risques immédiats sont nuls ou à peu près nuls; ils sont, je crois, inférieurs à ceux qu'entraîne la correction d'une déviation de la hanche ou du genou — des opérations qui se font cependant tous les jours.

Dans mes toutes premières opérations, je procédais avec une grande force. Le malade étant retourné sur le ventre dans la position horizontale et maintenu solidement par quatre aides, je faisais la correction par une pression directe exercée sur la gibbosité : « Mes mains appliquées directement sur la gibbosité exercent en ce point une pression extrêmement vigoureuse, en procédant avec méthode, jusqu'à ce qu'enfin les vertèbres déplacées soient rentrées au niveau ou même au-dessous des vertèbres voisines.

La correction parfaite n'est pas longue à obtenir, une à deux minutes suffisent généralement. Il n'y a pas d'accident à redouter, si l'on procède avec méthode. Je n'en ai jamais observé sur plus de 30 opérations ainsi faites. Bien au contraire, l'on est

surpris de la facilité relative avec laquelle la correction s'obtient » (1).

L'on n'a pas manqué de crier à la violence. Des chirurgiens qui, s'étaient crus autorisés par ces lignes à ne prendre aucun ménagement, ont eu des accidents. — Je le regrette, mais ils m'avaient mal compris.

Je ferai remarquer que la vigueur de ma pression manuelle n'exclut pas la méthode ni la prudence. L'enfant, pendant qu'on infléchit le rachis attentivement, progressivement, en un point, est tellement bien maintenu par les aides pendant ce temps et jusqu'à la fin de l'application de l'appareil plâtré — qui se fait sous-chloroforme — que ce traumatisme, en apparence énorme, est réduit à ceci : la flexion de la colonne vertébrale en un point, et cette flexion une fois produite (ce qui demande une minute), le rachis n'a plus un mouvement d'un millimètre en aucun sens pendant les quatre à six mois que dure le plâtre.

Comparez donc ce traumatisme à celui que causaient ces laminectomies que l'on faisait si légèrement autrefois et que quelques uns osent proposer encore pour essayer de guérir la paralysie pottique ; on enlève un, deux, trois arcs vertébraux, on arrive en contournant la moelle sur le foyer tuberculeux. L'opération dure une heure et plus,

(1) Premier mémoire sur le redr. du mal de Pott, à l'Académie, 22 décembre 1896.

et cet enfant dont on a disloqué la colonne vertébrale, on le maintient avec une bande de mousseline simple, ou bien on le met dans une gouttière de Bonnet ou sur une planche Lannelongue.

Songez à ce que doit être le traumatisme d'un rachis ainsi disloqué et ensuite si peu maintenu. Et jamais néanmoins l'on ne s'est récrié à ce sujet!

Et cependant, j'ai modifié ma manière de faire première, — non pas parce que les faits m'avaient montré qu'elle était dangereuse, mais parce que l'on peut arriver au résultat sans déployer cette force énorme dont j'ai parlé.

Actuellement, voici comment je procède :

Le malade est bien maintenu dans la position horizontale, le ventre en bas, avec ou sans chloroforme; avec mes deux pouces appliqués de chaque côté de la gibbosité, j'arrive en une ou deux minutes à la correction.

Ou bien l'enfant est mis dans la suspension simple avec ou sans chloroforme et deux aides empêchent tout balancement latéral.

Comme traction je ne demande souvent que ce que la suspension seule peut donner ; si je crois devoir ajouter quelque chose à cette traction automatique, la force déployée par mon aide sur les membres inférieurs est toujours modérée, car encore ici (comme dans mon premier procédé) je demande beaucoup plus à la pression directe qu'à la traction.

Un chirurgien exercé qui se soucie d'éviter à son malade tout traumatisme inutile, arrive ainsi par une pression plus ou moins vigoureuse sur la gibbosité (sans mouvements de latéralité du sujet bien maintenu) arrive ainsi en une minute à la correction. Un aide maintient cette correction tandis que j'applique le grand appareil plâtré.

La correction et la construction de l'appareil ont duré généralement cinq minutes. Et c'est tout, je le répète, pour cinq ou six mois.

Voilà pour les gibbosités petites et moyennes.

Lorsqu'il s'agit de gibbosités plus volumineuses, on ne fera qu'une correction partielle et si l'on croit devoir faire la correction complète, on la fera par étapes.

De cette manière on n'aura jamais à redouter ni hémorragie, ni rupture d'abcès, ni aucun des cent autres accidents qu'on avait gratuitement et a *priori* mis sur le compte des redressements de gibbosités.

J'insiste sur ce fait qu'il faut supprimer tout traumatisme qui serait inutile et pour cela ni le chirurgien ni les aides ne doivent abandonner une minute le malade, depuis le premier instant jusqu'à la consolidation de l'appareil.

Tout se réduit donc comme traumatisme à la pression que mes mains ou plutôt mes pouces peuvent exercer pendant une ou deux minutes, sur la gibbosité et à une traction modérée sur les membres inférieurs faite par un de mes assistants.

Si l'on ne réussit pas ainsi dans tel cas, à corriger la gibbosité, que l'on y renonce.

Mais, dira-t-on, une correction ainsi faite qui n'amènera pas, c'est entendu, des accidents immédiats, ne peut-elle pas provoquer des accidents éloignés : l'explosion d'une méningite quelques mois après le redressement, par exemple.

C'est poser la question, de savoir s'il faut jamais faire une opération orthopédique, une opération de correction chez les tuberculeux.

Au risque de paraître paradoxal, je dirai que ces accidents sont moins à craindre ici qu'après le redressement du genou.

L'on ne peut pas redresser un genou (dans la période d'activité de la maladie) sans briser des trabécules osseuses infiltrées de tuberculose, en arrière par traction, en avant par pression des deux surfaces articulaires. Au rachis l'on soulève les deux segments antérieurs sans presque jamais rompre de trabécules et la pression qui se fait à la suite du redressement sur le rachis postérieur porte sur des parties osseuses absolument saines, donc ces manœuvres ne peuvent pas amener comme au genou des inoculations tuberculeuses.

Donc, l'on ne peut pas soutenir que l'opération ainsi faite présente des dangers.

Mais, va-t-on ajouter, et l'opération sanglante que vous avez péconisée ?

Nous y voici. Le redressement sanglant est

encore plus bénin, quoi qu'en pensent les parents et les médecins.

C'est en raison de ses avantages très réels que je le conserve.

Tout se passe en arrière dans la zone non tuberculeuse ; on ne touche jamais au foyer.

L'opération sanglante consiste dans l'ablation des extrémités saillantes des apophyses épineuses, généralement hypertrophiées ; cela fait, il suffira d'aviver les bords des lames vertébrales (ou leurs parties en contact, puisqu'elles sont parfois imbriquées) au niveau de la gibbosité et même un peu au-delà pour amener leur soudure dans la nouvelle attitude que leur donnera le redressement.

Le périoste ainsi dénudé est si fertile ici, que chez les animaux, lorsqu'on enlève par une résection périostée un segment de la paroi postérieure du canal rachidien, ce périoste conservé suffit à combler cette large brèche par une paroi osseuse continue.

Cette petite opération sanglante dure à peine quelques minutes et est très bénigne, n'occasionnant ni douleur ni fièvre dans les jours qui suivent.

On a suturé la peau au catgut pour n'avoir plus à s'occuper de la plaie ; on applique un pansement antiseptique, puis l'appareil plâtré qu'on laisse en place cinq à six mois, comme dans le redressement non sanglant. Lorsque ce premier appareil est enlevé, on trouve simplement une

ligne blanche ou rosée, qui est la seule trace visible de l'opération.

L'opération sanglante a pour but et pour résultat :

1° De faciliter le redressement, car l'ablation des extrémités des apophyses suppose des petites ténotomies et, dès que la peau est recousue, on voit souvent que le redressement se fait sous l'influence de la suspension simple, sans pression aucune ; donc, avec un choc et un traumatisme moindres que si ces petites ténotomies n'avaient pas été faites ; le redressement est donc facilité par l'opération sanglante ;

2° D'empêcher les écorchures et les escarres, par la simple ablation des extrémités saillantes des apophyses épineuses, — ceci est important, nous l'avons vu et je le répète : si l'appareil ne blesse pas l'enfant, on n'aura pas à y toucher une seule fois pendant les six à huit mois où il reste en place, ce qui évite toute secousse et tout traumatisme ultérieurs, et assure à l'enfant un repos et une immobilisation extrêmement favorables à la consolidation du rachis ;

3° De fixer le résultat et de compléter la consolidation postérieure du rachis par le mécanisme indiqué plus haut.

Je dirai donc du redressement sanglant ou non sanglant ce que j'ai dit du grand appareil plâtré :

C'est non seulement bénin mais bienfaisant, si c'est pratiqué avec méthode et une certaine

adresse ; c'est malfaisant et mauvais, si c'est pratiqué sans aucun ménagement et sans aucune habileté.

On peut donc redresser sans danger les gibbosités qui se laissent redresser par la pression des pouces du chirurgien avec ou sans l'appoint de la suspension simple et d'une traction très modérée.

Mais, faudra-t-il redresser toutes les giblosités qui se laissent redresser ainsi ?

Cela dépend des résultats éloignés de cette intervention, en d'autres termes de la puissance de réparation de la nature qui doit consolider le rachis dans la nouvelle attitude qu'on lui a donnée.

Cette puissance de réparation est acceptée implicitement, avons-nous dit, par ceux-là mêmes qui l'ont niée, puisqu'ils disent ensuite qu'ils font eux-mêmes la réclinaison et l'extension continue, voire le redressement continu.

Les esprits avisés se sont bien gardés de dire que la réparation ne se fait pas ; tout au plus estiment-ils qu'elle ne se fera pas abondante.

Cette restriction, je l'admets, mais qu'au travail de destruction succède un travail de réparation lorsque la tuberculose guérit, cela n'est point douteux au point de vue doctrinal.

« Heureusement, dit Lannelongue, parlant de la tuberculose des phalanges qui présente une si grande analogie avec celle des vertèbres, heureusement qu'à côté du travail de destruction qui lais-

serait, s'il était exclusif, des déformations proportionnées à l'étendue des désordres, il se fait parallèlement, surtout chez les jeunes sujets, une réparation active dont le terme n'est pas atteint, alors même que la période ulcéreuse, c'est-à-dire envahissante, a cessé son œuvre ; ce travail a pour but de combler les ulcérations et les cavernes osseuses par un nouvel os, et il peut aller jusqu'à reproduire une phalange entière .. »

Mais j'ai longuement discuté ce point dans ma communication au Congrès de Moscou.

La réparation se fera plus ou moins notable à moins que la maladie, au lieu d'évoluer vers la guérison, évolue vers l'épuisement progressif et la cachexie..

Voyez les pièces de nos musées où ce travail de réparation a eu le temps de se faire ; l'on aperçoit sur la partie antérieure des corps vertébraux des productions osseuses nouvelles, des jetées osseuses, de longues stalactites qui constituent autant de supports, autant d'obstacles opposés à l'inflexion ultérieure du rachis.

Les radiographies de mon interne Ducroquet, par moi présentées au Congrès de Moscou, permettaient de saisir sur des enfants vigoureux préalablement redressés, le travail de réparation tant en avant qu'en arrière. Ces recherches et ces résultats radiographiques ont été confirmés encore tout récemment par Redard, dans le bel atlas de radiographie qu'il vient de publier avec Laran.

On peut voir dans un grand nombre de ses planches le rachis consolidé en bonne position après la réduction des gibbosités.

« Nos épreuves sur plan dorsal et surtout sur plan latéral, dit Redard, représentent nettement cette consolidation.

Elles démontrent la soudure de une ou plusieurs vertèbres par un cal périphérique ou interfragmentaire, la réunion osseuse des diverses parties de l'arc vertébral, etc. »

Donc le travail de réparation se fait. Il sera plus ou moins abondant suivant l'état général des enfants, mieux sauvegardé à Berck, certes, que dans les grandes villes, suivant la gravité de la tuberculose, suivant qu'il y aura telle ou telle disposition anatomique favorable à la réparation... Mais, dit-on, ce travail de réparation a des limites. J'ai été le premier à le dire et c'est évident ! Les opposants me font dire que je compte sur la réparation entière du rachis antérieur lorsque l'on a produit un écartement de six ou huit centimètres. C'est un procédé de discussion vraiment trop commode. Je n'ai jamais rien dit de semblable. Que l'on se reporte à ma première communication à l'Académie et l'on verra que je n'ai jamais promis la guérison intégrale que pour les gibbosités datant de quelques mois... quatre ou six, disais-je, admettant par contre que l'on ne puisse généralement espérer qu'un résultat partiel pour les vieilles gibbosités, parce que la puis-

sance de réparation de la nature a évidemment des limites... sans qu'on puisse établir d'avance ces limites pour tel ou tel cas particulier.

C'est pour ces raisons que dans les vieilles gibbosités, si le mal de Pott est encore en évolution active, je redresse partiellement et progressivement.

Premier avantage de cette manière de procéder : j'obtiens ce redressement partiel par des manœuvres aussi bénignes que celles qui me suffisent pour le redressement intégral des petites gibbosités.

Deuxième avantage ; je n'amène ainsi à chaque nouveau redressement qu'un écartement que je crois susceptible de se combler.

Pour aider à comprendre de quelle manière la nature pourra, dans certains cas assez défavorables *a priori*, arriver cependant à conserver d'une manière à peu près intégrale la correction obtenue, je rappellerai qu'il n'est pas absolument nécessaire pour que le rachis se maintienne dans la rectitude que l'écartement de la partie antérieure se comble.

Il est aujourd'hui scientifiquement établi par des pièces anatomiques connues de tous et par les recherches de mon ami Regnault, que l'ankylose des lames vertébrales et des apophyses, ankylose qui est commune à la suite du mal de Pott, suffit à étayer le rachis, même lorsque persiste un vide au niveau des corps vertébraux. Mais d'autre part ce vide est beaucoup plus petit que les expé-

riences cadavériques ne le font supposer, parce qu'il se produit, du fait même du redressement, un tassement des pièces postérieures du rachis, quelque chose de tout à fait comparable au tassement qui se produit sur la partie antérieure du genou redressé.

Pour les bosses vieilles de 4 ans, il faut s'abtenir, disait Monod à l'Académie de médecine de Paris; j'avoue qu'il ne me paraît pas si facile que cela de prendre parti pour ou contre l'intervention en pareil cas. Si le chirurgien n'avait d'autre souci que celui de sa statistique, oh ! oui, certes, il élaguerait ces cas défavorables, pour ne conserver que les bons cas de gibbosités au début qui doivent augmenter la proportion des résultats complets.

Mais la question se pose autrement en pratique. Récemment encore un de nos grands maîtres m'adressait un enfant avec une gibbosité de cette variété, — déja vieille de cinq ans, — et s'accroissant toujours. « Nous ne vous demandons qu'une amélioration, me disait-il, ou même simplement un arrêt de cet effondrement du rachis. »

Si je n'avais pensé qu'à moi, j'aurais laissé s'aggraver cet effondrement; mais en présence d'une situation semblable, le praticien qui fait abstraction de sa vanité chirurgicale et recherche avant tout le bien de son malade, ira lutter dans la mesure de ses forces, prudemment et progressivement, contre cet écroulement du rachis. Il arri-

vera à l'arrêter, et s'il arrive en outre à corriger partiellement la gibbosité, ce qui sera toujours possible, il pourra, à bon droit, estimer qu'il a fait œuvre utile ; les parents l'estimeront avec lui, tandis que les opposants et les contradicteurs ne voudront voir certainement dans des cas de cette nature que la distance qui sépare le résultat obtenu de la perfection idéale. Oh ! leur attitude est certes plus commode, j'en conviens aisément, l'attitude qui consiste à assister impassible, indifférent, à l'effondrement chaque jour croissant de ce malheureux pottique !...

D'après ce qui précède l'on voit que tout en ne me berçant pas d'obtenir ici des résultats parfaits, je ne suis pas pour l'abstention systématique dans le cas de vieilles bosses.

Si la difformité fait encore du progrès, il est évident qu'il faut intervenir pour s'opposer à cet effondrement progressif du rachis, et nous avons dit que le meilleur et le seul moyen d'empêcher un effondrement plus grand, c'est de faire un redressement partiel.

Mais dans le cas où il est bien constaté que cette très vieille gibbosité ne progresse plus il est préférable de s'abstenir d'une thérapeutique chirurgicale très active. Cette vieille gibbosité est soudée en pareil cas. Le résultat orthopédique définitif que nous serions en droit d'espérer après la rupture de cette soudure n'est pas proportionné au traumatisme qu'elle nécessiterait.

Et c'est pour cela que je ne conseille pas d'opérer les vieilles gibbosités ; non pas parce que l'opération est dangereuse, mais parce que l'on doit acheter par trop de temps et trop de peine un résultat très relatif.

Je n'y touche pas à moins que les parents qui me demandent d'intervenir ne m'affirment que la bosse augmente encore, ce que nous avons le moyen de contrôler ; si en mettant le sujet dans la suspension et en y ajoutant une traction légère, tandis qu'on exerce sur la gibbosité une pression d'environ 20 à 30 kilos, la gibbosité se modifie, c'est une preuve que la soudure n'existe pas, tout au moins capable d'arrêter un effondrement plus grand du rachis.

S'il s'agit de gibbosités moyennes où l'on peut espérer la réparation, va-t-on les attaquer, même lorsqu'elles sont soudées ? Oui, si la famille le demande ; mais au moyen de l'opération sanglante qui facilite singulièrement le redressement dans ces cas difficiles sans présenter la moindre gravité.

Mais nous ne pouvons pas, on le comprendra, indiquer d'une manière définitive la limite des indications du redressement, cette méthode étant encore trop récente pour avoir dit son dernier mot.

Faut-il faire marcher ces enfants ?

Pendant la période active de la maladie, les enfants doivent rester couchés.

L'indication est aussi précise dans le mal de Pott que dans le traitement de la coxalgie,

Si l'on fait marcher les petits malades, ce ne peut être qu'une mesure de nécessité, commandée par l'altération de l'état général de l'enfant et non pas dictée par le bon plaisir des parents

Nous avons remarqué que la marche peut en effet améliorer chez quelques enfants l'état général qui périclitait dans la position couchée et l'on conçoit combien plus fréquemment cette autorisation de marcher devra être donnée pour les enfants qui séjournent dans les grandes villes.

Quant à nous, ici, à Berck, cette nécessité s'impose rarement et c'est toujours à regret que nous nous décidons à faire marcher les enfants au début.

Quelque précis, quelque parfaits que puissent-être nos appareils de contention, il me paraît presque impossible qu'il ne se produise pas, sous l'influence de la station debout, des petits glissements des vertèbres les unes sur les autres et une perte partielle de la correction orthopédique que le grand appareil était chargé de maintenir intégralement.

Ai-je besoin de dire que si l'enfant marche, les appareils doivent être encore mieux surveillés que s'il reste couché.

L'on comprend que je remette au repos ces enfants dès que la modification heureuse survenue dans leur santé générale le permet de nouveau.

Traitement de la convalescence.

Lorsque le travail de consolidation est bien avancé dans l'attitude de correction intégrale ou partielle dans laquelle nous avons fixé l'enfant, la marche sera permise.

Le malade, au début, sera maintenu encore avec le même grand appareil plâtré.

Un peu plus tard, il marchera avec un appareil qui ne diffère du précédent que parce que le plateau qui soutient la base du crâne est remplacé par un bord mousse épais qui va buter par l'intermédiaire d'un bourrelet ouaté sur la base du crâne et le maxillaire (col officier).

Enfin (à moins qu'il ne s'agisse d'un mal de Pott cervico-dorsal auquel cas le maintien de la tête s'impose beaucoup plus longtemps) l'enfant n'aura plus qu'un petit corset qui est encore bien meilleur que le corset de Sayre, puisqu'il embrasse les épaules.

Il y a donc trois appareils pour le traitement du mal de Pott et qui ne diffèrent que par leur partie supérieure :

1° Le grand appareil plâtré emboîtant la base du crâne et dont le bord supérieur répond au diamètre occipito-mentionner ;

2° L'appareil plâtré à « col officier » ;

3° Le petit appareil plâtré, qui est cependant d'un secours encore plus grand que les corsets orthopédiques ou même que les corsets plâtrés,

tels que les font presque tous les chirurgiens, ceux-ci les arrêtant en haut à la ligne bi-axillaire.

Notre petit appareil, je l'ai dit, passe sur les épaules, c'est en somme le corset n° 2 sans le col.

Plus tard je fais un corset en celluloïde à ceux de mes malades qui le réclament absolument ; je ne puis cacher mes préférences pour le petit corset plâtré (n° 3) qui se dissimule parfaitement sous les vêtements et qui étant inamovible donne toutes les garanties désirables pour l'avenir.

Je sais bien que les parents sont impatients de se débarrasser du « plâtre ». C'est un préjugé qu'il faut combattre.

Combien de temps faudra-t-il garder les appareils plâtrés ?

Nous ne savons pas *a priori* ce que durera une tuberculose, surtout lorsqu'elle ne peut pas, comme ici, être traitée par les injections modificatrices, et qu'on ne peut lui opposer que des moyens orthopédiques dont l'action est beaucoup plus lente que celle des injections, ainsi que nous l'avons démontré.

Si un mal de Pott au début, comme une coxalgie, peut être guéri en quelques mois, il peut demander aussi des années !

Il vaut mieux pécher par excès de précautions évidemment que par défaut.

Songez donc qu'autrefois l'enfant portait *sur sa bosse* jusqu'à l'âge de 20 ans un corset orthopédique, véritable monument de serrurerie fait

d'acier, de fer et de cuir, appareil qui gênait beaucoup, blessait souvent, n'empêchait nullement la gibbosité de s'accroître.

Pourquoi ne consentirait-il pas à porter pendant des années, *sur son dos redressé*, un tuteur en plâtre ni visible, ni gênant et dans le but avoué de mieux assurer l'avenir.

Si, malgré tout, survient une rechute, l'on doit réimmobiliser l'enfant dans un grand appareil et lui imposer de nouveau le repos absolu dans la position couchée.

CONCLUSIONS

Si nous récapitulons sous forme de conclusions ce que l'on peut pour le traitement du mal de Pott, nous dirons :

1° On peut guérir intégralement le mal de Pott au début sans abcès, sans paralysie, sans gibbosité — et empêcher dans ce cas à l'aide d'un grand appareil plâtré, je ne dis pas l'abcès, mais la paralysie et la gibbosité de paraître ;

2° On peut guérir intégralement le mal de Pott avec abcès, sans intervention sanglante ;

3° De même le mal de Pott avec paralysie pour lequel toute opération sanglante doit être proscrite ; le redressement non sanglant et la contention dans le grand appareil plâtré ayant raison dans tous les cas de cette paralysie ;

4° Pour le mal de Pott avec gibbosité :

a) Nous pouvons empêcher celle-ci de se produire, avons-nous dit ;

b) Nous pouvons généralement la corriger lorsqu'elle n'est ni trop ancienne ni trop volumineuse;

c) Nous pouvons enrayer son aggravation lorsqu'il n'est pas possible de l'effacer complètement ou lorsque les parents, bornant leurs désirs, ont demandé au chirurgien d'arrêter simplement cet effondrement progressif de la colonne vertébrale.

Y a-t-il donc un autre traitement dont on puisse en dire autant ?

En somme, il ressortira, je crois, de cette étude que nous opposons à la politique du ne rien faire, la politique de l'effort persévérant et continu....

Si j'avais un enfant bossu ou en train de le devenir, disait récemment un chirurgien américain, je ne reculerais devant rien pour améliorer son misérable sort.

Le résultat sera loin d'être toujours parfait, surtout lorsqu'il s'agit de vieilles gibbosités ; il arrivera même quelquefois qu'il sera loin d'équivaloir au mal qu'il aura coûté ; mais la moyenne des résultats obtenus par cette thérapeutique toujours attentive et toujours agissante qui constitue le nouveau traitement, sera toujours incomparablement supérieure à celle que donnaient les traitements anciens qui constituaient la politique du laisser aller, du ne rien faire.

CHAPITRE XII

Ostéomyélites. — Syphilis des os. — Tumeurs des os.

SOMMAIRE. — Il est une maladie des os beaucoup plus difficile à guérir que la tuberculose, c'est l'ostéomyélite, c'est-à-dire l'infection de l'os par le staphylocoque ou le streptocoque.

L'ouverture du foyer encore ici complique la situation et les fistules que laisse cette maladie sont extrêmement difficiles et souvent très longues à guérir.

Et cependant ici, dans l'ostéomyélite aiguë, contrairement à ce qui se passe pour les foyers tuberculeux, l'ouverture s'impose ; elle est le seul moyen de sauver la vie du malade.

Les ostéomyélites chroniques que nous avons à soigner se présenteront donc presque toujours sous la forme fistuleuse.

Encore ici pas d'intervention sanglante; si ce n'est dans le cas où l'on croit à l'existence d'un sequestre bien isolé des parties saines.

Dans les autres cas, traitement local par les injections antiseptiques et modificatrices — et traitement général par le serum de Marmoreck contre le streptocoque,et par la levure de bière contre le staphylocoque.

Il est entendu que toutes les affections du squelette s'améliorent sur le bord de la mer.

C'est ce qui explique que nous ayons vu un assez grand nombre d'ostéomyélites, de syphilis des os et même quelques cas de tumeurs malignes des os. Celles-ci sont rares cependant jusqu'à vingt ans, puisque nous n'avons vu que six ostéosarcomes dans l'espace de dix années.

Les ostéites syphilitiques sont notablement plus fréquentes. Elles guérissent très bien ici sans opération sanglante, sous la seule influence du traitement spécifique et de pansements bien antiseptiques.

Je note ce fait, parce que dans les livres classiques on trouve cette opinion : que le voisinage de la mer est fâcheux pour l'évolution de toutes les manifestations morbides de nature syphilitique.

Tout ce que j'ai vu me permet de dire que cette assertion est erronée....

Mais c'est surtout des ostéomyélites que je veux parler, c'est-à-dire des ostéites produites par des staphylocoques ou des streptocoques (j'ai même vu quelques ostéites dues au bacille d'Eberth, à la suite de fièvres typhoïdes).

C'est sous la forme chronique, déjà ouvertes, fistuleuses, que les ostéomyélites nous arrivent.

D'ostéomyélite aiguë, nous n'en voyons à peu près jamais. — Cela se conçoit, puisque cette maladie éclate subitement chez des enfants bien portants jusqu'alors, et évolue dans ses formes graves en l'espace de quelques jours.

Les enfants qui n'ont pas guéri malgré la trépanation, qui conservent des fistules, dont l'état général reste mauvais, voilà ceux que nous voyons à Berck.

Le pronostic de ces ostéomyélites est médiocre. J'ai vu des parents qui me disaient triomphants : Les médecins nous ont bien dit qu'il ne s'agissait pas de tuberculose, ce n'est pas une mauvaise maladie qu'a mon enfant !....

Heureux parents !...

J'avais à peine le courage de leur dire que l'ostéomyélite des os est bien plus difficile à guérir que l'ostéite tuberculeuse.

Les religieuses de l'hôpital Cazin, qui vivent à Berck depuis trente ans, hésitent toujours à recevoir une ostéomyélite, jamais à recevoir une tuberculose des os — parce qu'elles savent bien que l'ostéomyélite mettra des années à guérir — ou à ne pas guérir.

Mais cependant, dira-t-on, nous avons vu des ostéites tuberculeuses ouvertes qui demandaient parfois un très long temps pour guérir.

Oui, et c'est précisément parce qu'à l'infection bacillaire primitive s'est ajoutée, en ce cas, l'infection secondaire à staphylocoques ou à streptocoques.

(Nous avons fait pressentir combien était grave cette infection secondaire lorsque nous avons dit que le pronostic des tuberculoses ouvertes et celui

des tuberculoses fermées ne se ressemblaient en rien).

Et encore dans le cas de tuberculose ouverte cette infection surajoutée à staphylocoques ou à streptocoques est peut-être moins grave que lorsqu'elle existe à l'état de « pureté » dans l'os, comme ici.

Dans le cas de fistule tuberculeuse, elle n'atteint généralement que la paroi du trajet fistuleux.

Dans le cas d'ostéomyélite chronique, fistuleuse, elle intéresse non-seulement ce trajet, mais encore souvent la totalité de l'os. La nutrition intime de cet os est plus ou moins modifiée dans toute sa longueur et l'on ne peut pas jurer que le segment en apparence sain aujourd'hui, ne va pas se mortifier dans quelques mois par les progrès incessants de ces troubles de nutrition et de circulation....

C'est pour cette raison que je n'accepte pas davantage ici, que dans le traitement des ostéites tuberculeuses, les interventions sanglantes.

Avec celles-ci, l'on n'est pas assuré d'enlever la totalité du mal — ni même de ne pas inoculer, par l'acte opératoire des tranches osseuses demeurées saines jusqu'alors.

Et je n'ai jamais vu, hors le cas de séquestre, l'opération sanglante avancer la guérison.

Je me refuse donc à intervenir malgré les instances des parents, si ce n'est dans le cas où je suis autorisé à croire à l'existence d'un séquestre.

Dans ce cas, j'agrandis le trajet fistuleux pour m'assurer si réellement il y a un séquestre, et s'il n'existe pas, je me résigne à refermer la plaie sans avoir rien fait.

Faut-il donc désespérer de guérir son malade ?

J'ai eu bon nombre de grands jeunes gens, porteurs de fistules d'ostéomyélites depuis des années, qui, après avoir traîné dans toutes les villes d'eaux, après avoir été opérés 3, 4, 5 fois et plus par les chirurgiens les plus éminents, découragés et même désespérés de constater que tout avait été inutile, venaient me demander un avis sans grand espoir du reste, pour avoir le sentiment d'un dixième ou d'un vingtième chirurgien.

Si le malade n'a pas de néphrite ni de dégénérescences viscérales, je ne désespère pas de le guérir, mais la guérison s'obtiendra à une date que je ne puis préciser : 1 an, 2 ans, 3 ans....

Il peut guérir, non pas par une opération sanglante, à moins que nous ayons la chance de découvrir un séquestre, mais par des pansements quotidiens très aseptiques et des injections modificatrices faites dans les trajets fistuleux, tandis que le malade gardera le repos, au moins un repos relatif.

Le traitement idéal serait, on le conçoit, une médication générale ou locale ayant pour résultat de tuer le streptocoque ou le staphylocoque.

J'ai bien souvent demandé à l'Institut Pasteur un sérum ou tout au moins un agent chimique

pour agir localement contre ces ostéomyélites rebelles. Et l'on n'a rien pu me donner encore de véritablement efficace.

J'ai plusieurs fois essayé le sérum antistreptococique de Marmoreck sans en obtenir de résultat bien appréciable dans les cas d'ostéomyélite chronique dont je parle.

Contre l'ostéomyélite à staphylocoques je me suis servi également de levure de bière qui réussit contre le staphylocoque du furoncle et de l'anthrax ; j'ai le regret de dire que je n'ai pas obtenu non plus de résultats manifestes.

C'est que, dans ces os, il y a, outre l'agent microbien rebelle une perturbation de la nutrition intime de la totalité de l'os, qui persisterait, même au cas où le streptocoque ou le staphylocoque serait tué... et cette perturbation peut conduire dans un an telle partie, saine aujourd'hui, à la mortification et à la nécrose.

C'est là ce qui est déconcertant dans le cours de l'ostéomyélite.

J'ai essayé en injections tous les antiseptiques connus.

C'est ici qu'il faut s'armer de patience et moyennant ces injections longtemps poursuivies (des années), j'ai pu arriver dans tous les cas, sauf un, où le malade n'a pas été assez persévérant, à la guérison de ces fistules rebelles ; parfois, seulement après trois et quatre années de traitement,

J'ai parlé des cas les plus rebelles.

Parfois, l'os entier finit par se mortifier ; dans ce cas, l'ablation du séquestre, pourvu qu'elle ne soit pas trop hâtive, conduit à la reconstitution de l'os par le périoste.

J'ai obtenu ainsi, chez un enfant de l'hôpital Rothschild, la reconstitution de la totalité de l'humérus du bras droit.

Chez ce même enfant, j'ai enlevé le radius et le cubitus nécrosés. — Ici la reconstitution osseuse ne s'est presque pas faite, le périoste n'a presque rien produit. — Cependant, ce bras qu'on devait amputer rend encore de très grands services à cet enfant.

Et jamais nous ne nous sommes trouvé dans la nécessité de faire une amputation pour nos malades atteints d'ostéomyélites.

CHAPITRE XIII.

Rachitisme

Sommaire : Pour le rachitisme plus encore peut-être que pour la tuberculose, le grand guérisseur, c'est l'Océan.

Mais le traitement marin n'est pas tout. Il ne dispense pas du repos — d'un régime alimentaire bien surveillé (lait et œufs presque exclusivement) — et de faire de l'antisepsie du tube digestif.

Nous n'avons presque jamais à faire de redressement, ni d'ostéotomie, pour corriger les déviations des rachitiques ; le séjour à la mer les corrige sans le secours du chirurgien. Si bien que l'on a pu dire que le traitement marin a supprimé le traitement chirurgical du rachitisme.

Il importe de distinguer la coxa vara, lésion rachitique, de la luxation congénitale de la hanche : la mer guérit la première. C'est le chirurgien seul qui guérira la deuxième.

Scoliose des rachitiques.

Après la tuberculose, c'est le rachitisme qui fournit le plus fort contingent à nos hôpitaux de Berck.

Ce contingent serait encore plus grand si un article des règlements (contre lequel je me suis

élevé au 1er Congrès de Thalassothérapie et qui sera supprimé je l'espère) n'interdisait l'envoi dans nos hôpitaux des enfants ayant moins de 2 ans.

Car c'est principalement chez les tout petits enfants de 1 à 2 ans que le rachitisme apparaît et on sait avec quelle excessive fréquence, dans nos grandes villes surtout.

A une époque où la natalité baisse, il est douloureux de voir les ravages incalculables que fait une maladie qu'on pourrait enrayer bien plus facilement que la tuberculose.

Car, le rachitisme est une maladie de misère.

C'est au rachitisme qu'aboutissent l'allaitement artificiel au biberon avec toutes les fautes d'hygiène qu'il entraîne, surtout dans des mains mercenaires, et l'alimentation grossière et solide donnée prématurément aux petits enfants et, comme facteurs secondaires, le séjour dans un climat malsain et humide, et surtout dans une habitation obscure, étroite, mal aérée.

Chez les sauvages de l'Afrique, où les mères ont le désir et la possibilité de nourrir elles-mêmes leurs enfants, le rachitisme est inconnu.

Si du moins tous les enfants qu'il frappe pouvaient être envoyés à la mer!... car la mer guérit merveilleusement le rachitisme.

Combien n'avons-nous pas vu, à l'hôpital Rothschild en particulier, de ces petits avortons paraissant voués à la mort ou tout au moins à une impo-

tence fonctionnelle de tous les membres pour la la vie entière — qui, après quelques mois de séjour s'étaient redressés, avaient recouvré la vigueur des muscles, s'étaient mis à marcher d'eux-mêmes. Si bien qu'à cette famille qui nous avait donné un infirme, on rendait après 1 ou 2 ans un bel enfant vigoureux et valide.

C'est que le rachitique trouve à la mer tout ce qui lui faisait défaut chez lui ; une alimentation bien comprise, un logement où il a l'air pur et la lumière, et sur la plage une atmosphère qui vivifie et transforme ce pauvre petit organisme par son action sur la nutrition intime de tous les tissus....

Cette action est presque spécifique.

Il est permis de soutenir que la mer peut davantage à elle seule contre le rachitisme que contre la tuberculose, car la mer a besoin pour guérir la tuberculose du secours d'un chirurgien familier avec les acquisitions de la science moderne, et pour le rachitisme pas.

Si bien que l'on peut dire que les rachitiques guérissaient aussi nombreux autrefois qu'aujourd'hui à Berck, tandis que l'on ne saurait le dire de la tuberculose qui guérit aujourd'hui infiniment plus souvent qu'autrefois, parce que, l'action de la mer restant la même, celle du chirurgien est bien plus efficace qu'autrefois (il suffit de lire l'introduction de ce livre pour s'en convaincre)...

C'est donc pour le rachitisme bien plus encore que pour la tuberculose qu'on peut dire que le grand guérisseur c'est l'Océan.

L'exposition continue du rachitique à l'air vivifiant de la plage, les bains de mer chauds pour les tout petits, les bains froids très courts 1/2 minute pour les autres, les bains de sable pour tous, voilà en quoi consiste le traitement marin.

Mais le traitement marin n'est pas tout, il ne dispense pas du repos qui est d'ailleurs facile à garder pour ces enfants dont beaucoup sont dans l'impossibilité de marcher. Or le repos empêche les déviations de progresser. D'autre part, l'on pense bien qu'on doit changer le régime de ces enfants dont l'alimentation grossière engendre la déchéance.

Dès les premiers jours, ces enfants seront mis au lait et aux œufs ; on peut, en outre, leur donner quelques antiseptiques à l'intérieur comme du benzo-naphtol avec du salicylate de bismuth ou de la magnésie, suivant que l'enfant a de la tendance à la diarrhée ou à la constipation. C'est lorsque le ventre est affaissé et que la fétidité des garde-robes a disparu que le rachitisme est guéri.

Parfois nous ordonnons, pour alterner avec ces antiseptiques intestinaux de l'huile de foie de morue phosphorée, mais nous la supprimons bien vite si l'enfant ne la tolère pas.

Car nous ne croyons pas à l'action prétendue spécifique du phosphore tant vanté contre le rachitisme.

Et nos malades guérissent cependant très bien, ce qui veut dire que non seulement leur nutrition générale s'est modifiée complètement, mais encore que leurs déviations osseuses se redressent sans intervention chirurgicale.

On peut dire que le traitement marin a supprimé le traitement chirurgical du rachitisme.

En 1876, nous disait Verneuil, au 1er congrès de Thalassothérapie, en 1876, Perrochaud et Cazin nous apportèrent à la Société de Chirurgie des moulages de jambes rachitiques avant et après le séjour à Berck.

Les premiers étaient des tire-bouchons.

Les deuxièmes des règles droites !...

Et cette transformation merveilleuse s'était faite sans intervention chirurgicale, sans appareils orthopédiques, par la seule action de la mer, le repos et une bonne alimentation.

L'on n'arrivera pas dans les grandes villes à une perfection pareille par les ostéotomies les plus précises.

J'ai entendu des chirurgiens d'hôpitaux d'enfants de Paris se vanter d'avoir fait des centaines de ces ostéotomies pour des déviations osseuses de nature rachitique. Ici où le nombre des enfants rachitiques est si grand, l'ostéotomie n'est jamais nécessaire ou presque jamais. Nous en avons fait cinq ou six peut-être en dix ans. C'est seulement dans le genu valgum que nous faisons quelquefois,

et bien rarement aussi, l'ostéotomie de Mac-Ewen.

Car presque toujours le genu valgum guérit spontanément et d'une manière complète.

Lorsque le redressement laisse encore à désirer on peut essayer de le compléter en faisant quelques manœuvres très douces de redressements suivies de l'application de petits appareils plâtrés.

C'est seulement dans les cas très rares où les petits moyens ont échoué que l'on se décidera pour l'ostéotomie supracondylienne du fémur, opération très bénigne et très bienfaisante.

Ai-je besoin de répéter ce que j'ai dit au congrès de Thalassothérapie, que ces ostéotomies ne doivent être proposées et faites que lorsque le traitement marin a épuisé toute son action, lorsque le redressement ne fait plus de progrès depuis déjà plusieurs mois et que la déviation qui persiste paraît devoir être définitive si on n'agit pas...

Coxa-Vara

Je veux dire un mot de la déviation rachitique de l'extrémité supérieure du fémur appelée *coxa-vara.*

La démarche des petits enfants qui en sont atteints rappelle à s'y méprendre celle de la luxation congénitale de la hanche.

En outre, ces enfants ont marché tard ; et si l'on fait l'examen de la hanche on constate que le

bord supérieur du grand trochanter dépasse de 1 à 4 centimètres la ligne de Nélaton ; encore deux signes qui appartiennent à la luxation congénitale.

L'on conçoit que l'erreur de diagnostic soit fréquente et cependant le diagnostic est très important ; car s'il s'agit de coxa-vara on peut promettre à la famille que l'on arrivera à la guérir sans intervention. Si l'enfant présente d'autres signes de rachitisme il faut penser à la coxa-vara.

Mais les rayons X viendront dissiper heureusement tous les doutes en montrant que dans la coxa-vara les têtes fémorales sont dans les cavités cotyloïdes tandis que dans la luxation congénitale elles en sont plus ou moins éloignées.

Le traitement de la coxa-vara on le devine : repos absolu pendant un an.

Le régime alimentaire indiqué plus haut.

Les bains d'*air marin*, *d'eau de mer*, les bains de sable.

Les déviations du sternum et de la cage thoracique se corrigent spontanément ou avec le secours de petits corsets plâtrés exerçant des pressions localisées aux points les plus saillants, corsets renouvelés tous les deux mois à peu près.

Déviations vertébrales de nature rachitique.

Les scolioses rachitiques des petits enfants se guérissent souvent au bord de la mer pourvu qu'on

mette l'enfant au repos complet et qu'il soit soumis au traitement général et au régime ordinaire des rachitiques.

Lorsque la scoliose ne se corrige pas ainsi, on applique à l'enfant un corset plâtré après avoir corrigé sa déviation. Cette correction se fait généralement à travers l'appareil appliqué, avant que celui-ci ne soit sec.

Si l'enfant est âgé de moins de trois ans, on construira cet appareil de la manière ordinaire, puis on l'enlèvera en le coupant en avant et on le transformera en gouttière plâtrée sur laquelle on maintiendra l'enfant par un tour de bande de flanelle.

On peut recouvrir les deux faces de la gouttière d'une couche de celluloïde pour la rendre imperméable.

Les enfants, moins bridés dans la gouttière que dans l'appareil fermé, peuvent être enlevés aussi souvent que le réclament, à un âge si tendre, les soins de leur toilette, mais on ne les enlèvera que lorsque c'est indispensable.

Après un an ou un an et demi de repos leur déviation est effacée et ils peuvent marcher avec un petit corset amovible en celluloïde.

CHAPITRE XIV

La Scoliose.

Sommaire : La scoliose est la déviation latérale de la colonne vertébrale qui se produit sous l'influence de la pesée de la tête et des épaules, de la surcharge, des attitudes vicieuses, etc., chez des enfants dont le système osseux est plus mou, les ligaments plus relâchés, les muscles plus faibles que normalement.

La cause première de la scoliose est donc un trouble de la nutrition générale lié souvent à un mauvais fonctionnement du tube digestif, comparable à celui qu'on qu'on observe chez les petits rachitiques ; lié aussi à la perturbation profonde que subit l'organisme, surtout chez les jeunes filles, à l'âge de la puberté.

Ce trouble de nutrition frappe surtout le rachis, parce que c'est là que se produit, à cette époque de l'adolescence, la plus grande poussée de développement et là que s'exercent les pressions et la surcharge dont nous avons parlé.

Chez le petit rachitique, c'est au niveau des membres inférieurs que se produit la déviation pour des raisons analogues.

Ce trouble de nutrition frappe les os du rachis, il frappe aussi les autres tissus, muscles, ligaments, etc.

Il y a donc deux choses dans la scoliose : un trouble de nutrition générale qui nécessite un traitement général

qui n'est pas sans analogie avec celui du rachitisme : séjour au bord de la mer, régime alimentaire spécial, antisepsie du tube digestif. Et un traitement local qui sera : le repos dans la position couchée qui suffit, dans les cas tout au début, à arrêter et à corriger même la la déviation.

Si l'enfant veut marcher, il faut qu'il marche peu et encore avec la contention d'un appareil inamovible appliqué dans l'hypercorrection du rachis, ou d'un corset amovible en celluloïde, construit d'après un moulage du rachis en hypercorrection. Dans ce deuxième cas, on fera des massages pour améliorer la nutrition de tous les tissus du dos.

Il faut proscrire les séances de suspension et de gymnastique que presque tous les médecins recommandent ; ce sont là des pratiques consacrées par la routine, qui plaisent aux parents, mais qui sont mauvaises. Elles ont ici la valeur qu'elles auraient dans le traitement des déviations rachitiques des membres inférieurs chéz les petits enfants. C'est dire que ces pratiques aggravent la scoliose.

Au contraire, le repos l'améliore.

Si la scoliose est plus accentuée, le repos est encore plus indiqué avec en plus un appareil inamovible appliqué sur une colonne vertébrale mise préalablement en hypercorrection. Ce corset est analogue au n° 2 du mal de Pott.

Pressions latérales faites dans la demi-suspension.

Plus le scoliotique gardera le repos et mieux cela vaudra.

On remplace les appareils tous les trois mois en faisant chaque fois de nouvelles pressions.

La durée du traitement dépend de la nutrition générale de l'enfant et des modifications locales du rachis. Ce n'est que lorsque la nutrition n'est plus défectueuse et que la correction désirée est obtenue que le traitement actif doit cesser.

A partir de ce moment, l'enfant portera un corset amovible en celluloïde et sera massé.

Encore ici les séances de suspension et de gymnastique sont au moins inutiles de l'aveu même des chirurgiens qui les recommandent ordinairement — et même nuisibles.

Pour les vieilles scolioses, *les bosses latérales*, l'on ne peut plus ambitionner un résultat bien brillant. Ici les parents s'estiment heureux, après avoir vu échouer les uns après les autres tous les traitements de gymnasques savantes et compliquées (chaque médecin a son système) — de trouver enfin un traitement qui arrête cette progression de la scoliose que rien n'a pu enrayer jusqu'alors.

Ce traitement, qui arrête l'effondrement latéral du rachis et corrige partiellement la déviation, c'est le repos complet pendant environ une année, — c'est la mise dans un appareil plâtré analogue à celui du mal de Pott. Cet appareil est appliqué sur une colonne vertébrale aussi modifiée que possible par les pressions latérales de deux ou trois aides, pressions faites dans la suspension du sujet.

Le résultat partiel ainsi obtenu est fixé par le grand appareil embrassant la base du crâne. L'enfant garde ensuite le repos dans le decubitus horizontal.

Tous les trois mois environ, on renouvelle ces pressions correctrices très bénignes et l'application de l'appareil qui doit en fixer le résultat.

C'est le seul moyen que je connaisse d'arrêter les progrès de ces vieilles et si rebelles scolioses et d'en atténuer partiellement la saillie.

Ce traitement devra être continué deux ans et plus, si le sujet veut arriver à un résultat durable.

Traitement de la cyphose (dos rond).

La scoliose de l'adolescence est une maladie fréquente, sérieuse et rebelle.

Il faut la soigner dès son apparition. Négligée elle peut faire des progrès rapides et engendrer des désordres irréparables, à savoir : une véritable bosse aussi disgracieuse que celle du mal de Pott et plus réfractaire à nos moyens d'action, un raccourcissement de la taille, et des complications

viscérales ou des déformations du bassin particulièrement redoutables chez les jeunes filles.

La maladie est mal connue dans sa nature intime et ses origines.

Il me paraît évident, pour mon compte, qu'il s'agit là d'un trouble de nutrition générale lié à l'anémie, à la chlorose, aux troubles digestifs qui marquent le passage difficile de l'enfance à la puberté ; perturbation qui est beaucoup plus fréquente et plus profonde chez les jeunes filles que chez les jeunes gens pour des raisons que l'on devine.

Ce trouble de nutrition peut frapper tous les organes et tous les tissus sans en atteindre aucun d'une manière spéciale.

Généralement il affecte davantage la colonne vertébrale parce que celle-ci subit à ce moment une poussée de croissance particulièrement active et qu'elle complète à cette époque son développement.

Ce trouble de nutrition se traduit par une moindre consistance de la substance ossseuse des vertèbres, ce qui les rend malléables et sujettes à se déformer sous l'action des multiples influences d'ordre statique et dynamique qui pèsent sur elles.

Il y a là un trouble de nutrition du système osseux comparable à celui du genu valgum de l'adolescence, à celui qui amène la torsion des tibias chez le petit enfant sous l'influence de la

pesée du corps, cette torsion ne se produisant pas s'il reste au repos.

Et ce genu valgum de l'adolescent est le trait-d'union qui relie la scoliose essentielle des jeunes filles à la scoliose des tout petits enfants, celle-ci de nature rachitique.

Lors donc qu'on nous parle comme cause productrice de la scoliose, de la mauvaise attitude des jeunes filles, du myopisme, des contractures cervicales, de la surcharge invoquée par les Allemands, de l'inégalité des membres inférieurs, il faut nous entendre. Ces influences s'exercent réellement, mais sur une colonne vertébrale qui est malléable et qui est impressionnable si je puis ainsi dire.

Est-ce que ces mêmes influences ne s'exerçaient pas avant l'adolescence ? Pourquoi donc n'est-ce qu'à cette époque qu'elles ont un effet fâcheux ?

La scoliose trahit donc un trouble de nutrition générale qui se manifeste principalement et parfois exclusivement sur le tissu osseux de la colonne vertébrale. Et cette notion sur la nature intime de la scoliose nous dirigera dans le choix d'un traitement.

Lorsqu'on nous demande s'il faut s'occuper des os ou des muscles, ou des ligaments dans la thérapeutique de cette maladie nous disons : Tous les tissus souffrent comme lorsqu'il s'agit d'une déviation des tibias chez les tout petits enfants rachitiques

Nous devons nous occuper de modifier la nutrition générale comme dans ce dernier cas.

En modifiant la nutrition générale de l'organisme nous arriverons à supprimer cette malléabilité des os et à améliorer l'état des muscles et des tissus mous. Et d'autre part nous nous occuperons de faire cesser toutes les influences fâcheuses, d'ordre statique et dynamique, s'exerçant sur les os pour les déformer davantage. En même temps tous nos efforts doivent tendre à corriger dans la mesure du possible, la déviation déjà produite.

La thérapeutique de la scoliose comprendra donc un traitement général et un traitement local.

Lorsqu'il s'agit de traiter une déviation des jambes il n'y a pas l'ombre d'hésitation sur la conduite à tenir.

1° Comme traitement général, l'air marin et un régime alimentaire approprié (1).

2° Comme traitement local, le repos.

Si le repos ne suffit pas, on applique de petits appareils qui exercent (en même temps que le malade est au repos) une pression en sens inverse de la déviation.

Lorsqu'il s'agit d'une scoliose rachitique, nous faisons de même :

Traitement général identique et traitement local

(1) Voir chapître XIII, *Rachitisme*.

qui consiste dans le repos de la colonne vertébrale et dans la mise de celle-ci dans un appareil plâtré avec pression sur la bosse scoliotique, ce qui est d'autant plus utile que la colonne vertébrale est composée de chaînons mobiles les uns sur les autres.

Le traitement de la scoliose des adolescents devra être de même, en bonne logique, un traitement double : *traitement général* agissant sur la nutrition générale de l'organisme ; air marin, régime spécial, antiseptiques intestinaux; et *traitement local* dont le premier article sera le repos et le deuxième la mise dans un appareil exerçant une pression en sens inverse de la déviation. — Cette pression étant nécessaire tout au moins pour les cas un peu accentués.

Que fait-on généralement ?

On permet la marche.

On permet les exercices de gymnastique ; non seulement on les permet, mais on les recommande ; on oblige ces malheureux enfants scoliotiques à faire des séances de une ou plusieurs heures dans des gymnases spéciaux, des exercices à la barre, au trapèze, que sais-je ?.... Quelle aberration !....

C'est comme si l'on obligeait un rachitique avec déviation des jambes à faire des marches forcées.

Ces petits rachitiques guérissent merveilleusement à Berck par le repos ; eh bien, à nos scoliotiques aussi nous recommandons le repos ; je n'ose

pas dire le repos absolu, parce que ce traitement qui doit durer longtemps paraîtrait trop sévère pour une déviation qui se voit à peine, et pourtant en théorie, il vaudrait beaucoup mieux que ce repos fût absolu.

Dites vous bien que plus le repos que vous imposerez à votre enfant scoliotique se rapprochera du repos absolu, plus vous assurerez la guérison.

A mes scoliotiques, je recommande un repos de trois ou quatre heures par jour ; et les mères ont constaté bien vite que depuis ce moment l'état de leurs enfants s'améliore tandis qu'il s'aggravait avec la gymnastique que d'autres médecins leur imposaient précédemment.

Que fait le repos ? Non seulement il arrête, mais il corrige même les déviations de la colonne vertébrale, comme il corrige les déviations des jambes chez les enfants rachitiques.

A ce repos on peut, pour modifier la nutrition locale des tissus malades, ajouter les massages des muscles du dos surtout des muscles de la convexité. Et ce traitement suffit pour les formes initiales, si l'enfant consent à garder un repos presque absolu. Mais s'il demande l'autorisation de marcher, il faut le soutenir avec un appareil. On lui applique un corset inamovible : il empêche les massages, mais par contre il maintient sans discontinuité la correction et même l'hypercorrection de la déviation dorsale puisqu'on l'a appliqué dans

cette attitude, et l'on a ainsi beaucoup plus de profit à demander un corset inamovible qu'un corset amovible en celluloïde, par exemple.

On fait l'appareil comme un corset de mal de Pott, les pieds posant à terre, le talon seul soulevé légèrement. Cela suffit à la première période de la scoliose et au début de la deuxième.

Avant que l'appareil ne soit solide on a infléchi, repoussé la colonne vertébrale vers le côté concave (le gauche généralement) en exerçant une pression assez vigoureuse sur la convexité ; cette pression se fait à travers l'appareil, ce qui n'empêche pas celui-ci d'être parfaitement toléré.

On ne fait pas le très grand appareil (voir le chapitre XI du *Mal de Pott*), mais le modèle n° 2 avec le col officier, ou même le petit corset.

Si l'on voulait soumettre l'enfant à un traitement sévère et très efficace on lui recommanderait ces deux choses : le repos et un grand appareil plâtré n°1; à défaut de celui-ci, bien qu'elle soit beaucoup moins efficace, nous accepterons l'emploi de la gouttière plâtrée. Cette gouttière est facile à fabriquer, il suffit de découper l'appareil platré que nous venons de décrire, en deux valves, la valve postérieure formera une gouttière très utile. La gouttière de Bonnet, mal construite, ne peut avoir ici aucune utilité. A défaut de gouttière plâtrée, on laisserait simplement le malade couché à plat sur une planche horizontale.

Ce traitement ne manquera pas de soulever les récriminations et l'opposition des mères et vous entendrez leurs exclamations : Mais ma fille n'a presque rien! c'est une déviation qui ne se voit pas quand elle est habillée. Jamais je ne consentirai à la laisser traiter par le repos absolu, à la promener dans une voiturette comme si elle avait de la carie des os!!....

Il sera difficile de discuter; les parents n'accepteront jamais à cette période du début de la scoliose le traitement idéal que nous venons d'indiquer. Ils aimeront mieux s'en retourner au médecin qui leur aura dit : Mais il faut à votre fille la liberté, l'exercice, la gymnastique, elle se développera ainsi vigoureusement!... La mère est ravie de ce traitement qui va aider au développement magnifique de son enfant. On le lui a promis.

Mais, hélas! ce qui se développera surtout c'est la déviation!...

Si l'on ne veut accepter ni le repos, ni la marche avec l'appareil plâtré que nous avons décrit, il faudra recourir à un moyen terme qui permettra de sauvegarder les apparences sans compromettre sérieusement le traitement de l'enfant.

On suivra pour cela non la lettre mais l'esprit du traitement que nous indiquons.

Pour le traitement général c'est facile; air marin, régime alimentaire très surveillé, un peu analogue à celui des enfants rachitiques, antisepsie du tube digestif.

Comme traitement local : Pendant la nuit, qui sera aussi longue que possible, l'enfant sera couché à plat sur un lit très dur, avec une planche sous le matelas, et sans appui pour la tête.

Pendant la journée, on lui ménagera un repos de plusieurs heures dans la position couchée, soit sur un tapis posé sur le plancher, soit sur le sable de la plage, ou encore sur une chaise longue spéciale.

L'enfant pourra marcher, mais elle évitera les courses, les jeux violents et même les longues marches. S'il y a une course tant soit peu longue à faire, elle se fera en voiture.

Aux heures de travail, l'enfant aura, si cela se peut, une chaise à haut dossier mobile soutenant bien le dos, dossier qu'on peut incliner en avant à volonté, grâce à une charnière et à des vis. — Elle aura aussi un pupitre vertical, à 20 ou 25 cent. de la chaise, sur lequel on s'habituera à lire et même à écrire.

Cependant, même avec ce traitement, il faut que la scoliotique porte un petit corset, un corset plâtré, autant que possible, et, si la famille y répugne, un corset amovible en celluloïde fait sur un bon moulage en plâtre et pouvant exercer ainsi une certaine pression sur le côté le plus saillant. Ce dernier corset permet de faire des massages. Ces massages seront faits par un médecin masseur ou une personne de la famille éduquée par le méde-

cin. J'ai dit que ces massages avaient pour résultat d'améliorer la nutrition de tous les organes de la colonne vertébrale, ils sont avantageux à ce titre, mais ils ne sauraient dispenser d'un corset les enfants qui marchent.

Surtout pas de suspensions à cette période de la scoliose, pas de gymnastique... tout au plus quelques mouvements très mesurés d'expansion de la cage thoracique.

Voilà le traitement de la scoliose à la première période.

Deuxième période. — La colonne vertébrale est déjà courbée en S, l'épaule est plus haute, la hanche droite plus saillante ; lorsque la malade s'incline en avant, la déviation ne disparaît pas comme à la période précédente.

Nous instituerons le même traitement général que pour la scoliose à la première période.

Ici le traitement idéal dont nous avons parlé plus haut : le repos dans un appareil plâtré, serait encore bien plus indiqué.

Si ce traitement n'est pas accepté, si le malade veut absolument aller et venir, il lui faut un corset (col officier) qui sera construit dans la demi-suspension ; on y ajoutera des pressions latérales énergiques faites à travers l'appareil avant la dessication de celui-ci. Il vaut mieux ne demander qu'une partie de la correction à la simple extension. Si la correction se fait en majeure partie

par des pressions latérales, elle est plus facile à conserver pour l'enfant le jour où il sortira de l'appareil.

Outre le corset, sur les indications données par M. Kirmisson, certains chirurgiens ne manquent jamais de donner une chaussure surélevée à ces scoliotiques, et je veux m'expliquer sur ce point.

Quoi qu'on en ait dit, ce raccourcissement de l'une des deux jambes n'existe presque jamais primitivement à un degré suffisant pour modifier l'attitude de la colonne vertébrale. Les différences de quelques millimètres des deux jambes sont fréquentes, mais elles sont négligeables.

Lorsque le raccourcissement de l'une des deux jambes existe primitivement à un degré marqué, nous ne sommes plus en présence de la scoliose « essentielle » des adolescents.

Lorsque, au contraire, ce raccourcissement est secondaire à l'affection vertébrale, il est certain que du côté où le bassin s'incline, la jambe sera plus longue, comme à la première période de la coxalgie, l'inclinaison du bassin et l'allongement de la jambe correspondante sont liés l'un à l'autre. Lorsqu'il s'agit de la coxalgie, il est naturel de corriger cette saillie de la hanche et cette inclinaison du bassin en agissant sur la jambe qui est l'organe malade. Dans la scoliose, au contraire, le raccourcissement de la jambe est amené par la déviation du bas du tronc. Ce raccourcissement

est l'effet et non la cause. La jambe qui est indemne de toute maladie n'est pas en réalité devenue beaucoup plus eourte du jour au lendemain.

Si on met une semelle de 1 ou 2 centim., cette apparenee de raecoureissement sera supprimée, e'est évident, mais pour très peu de temps. Car la seoliose n'aura pas été modifiée de ee fait, elle augmentera, et on sera obligé de mettre bientôt une ehaussure de 3 ou 4 eent. et ainsi de suite, ce qui ne peut guère aller sans un trouble de la marche assez disgraeieux. En bonne logique, il faudra condamner le malade pour l'avenir à cette ehaussure, qui sera toujours à garder, toujours à modifier. On n'aura pas guéri le seoliotique, on aura tout au plus substitué une difformité à une autre ou plutôt ajouté une difformité à une autre.

A part les eas infiniment rares où il existe un raeeourcissement primitif de l'une des deux jambes, et alors il ne s'agit pas de seoliose essentielle, il faut rationnellement porter son attention et son effort sur la colonne vertébrale et non sur la jambe, si l'on veut guérir la scoliose; et, par contre, lorsqu'il existe une déviation vertébrale après la eoxalgie, l'on n'agira pas évidemment sur les vertèbres, mais sur la jambe pour faire cesser la déviation du dos.

J'ai dit que si le scoliotique veut absolument mareher, il lui faut un eorset.

Non pas un eorset eomme eelui que fabriquent

les orthopédistes et qui est absolument illusoire, plus qu'inutile, s'arrêtant à la ligne axillaire avec un point d'appui bien peu sérieux en bas sur les hanches, et en haut, pas d'autre point d'appui que les moignons des épaules qui fuient sous la poussée des béquillons et se dérobent ; s'ils donnaient un appui de quelque valeur cette pression deviendrait intolérable bien vite, et encore, ce point d'appui fût-il sérieux, le corset laisserait en dehors de son action près de la moitié du rachis.

Ces corsets ne valent donc rien ou à peu près rien, et ils sont parfois nuisibles.

Quant aux manœuvres de gymnastique, à la suspension seule, nous avons déjà dit ce que nous en pensons. Les manœuvres d'assouplissement sont bonnes si elles ne sont qu'un stade de préparation à la contention du rachis dans un appareil plâtré.

Le traitement de beaucoup le meilleur, c'est le repos : l'appareil plâtré dans la position couchée.

Mais lorsque la famille n'accepte pas un traitement aussi sévère, voici ce que nous ferons :

Nous mettrons l'enfant dans la demi-suspension ; après une ou deux minutes d'attente, la déviation se corrige presque entièrement par cette simple demi-suspension. La suspension entière corrigerait peut-être mieux, mais distendrait trop le rachis, et après l'ablation de l'appareil, cette correction ne se maintiendrait pas. Il vaut mieux ne

faire qu'une petite traction et compléter la correction par des pressions latérales.

La correction n'est pas entière, en effet, après cette demi-suspension ; une épaule (la droite généralement) reste encore un peu plus haute ; la voussure des côtes du même côté n'a pas complètement disparu, la hanche fait une certaine saillie.

On construit l'appareil sans se préoccuper de ce qui reste de la déviation. — Puis dès que le plâtre est appliqué, mais avant qu'il ne soit solide, le chirurgien et ses aides corrigent les déviations persistantes en appliquant les mains ici et là ; une main tire sur le bras droit pour abaisser le moignon de l'épaule; le chirurgien presse sur la saillie des côtes pour l'enfoncer et la repousser du côté gauche, il fait la contre-pression en appliquant l'autre main sur la partie antérieure et inférieure du côté opposé (le gauche) du thorax; un aide rentre la hanche saillante.

Cet appareil, c'est un corset à col officier qui est dissimulé par les vêtements; par son bord supérieur mousse, il prend un point d'appui sur la base du crâne, l'autre point d'appui est pris sur le bassin, mais au-dessous de la ligne bi-iliaque. Ces appareils peuvent agir sur les trois éléments de la déviation. Ils sont bien tolérés et très utiles. On les renouvelle tous les trois ou quatre mois en moyenne pendant deux ou trois ans. Après quoi un corset plus petit en celluloïde est suffisant. On

arrive encore ici à de très bons résultats par cette méthode.

3e période. — Nous sommes en présence d'une grosse scoliose à bosse latérale, tantôt globuleuse, tantôt allongée en forme de côtes de melon.

Que ferons-nous ici? Tout le monde dit : c'est incurable.

C'est incurable si l'on ambitionne une guérison complète; mais ces grosses scolioses peuvent cependant être améliorées.

Il est certain que nos moyens d'action sont ici limités, mais l'on peut arriver avec un effort persévérant, à modifier d'une manière appréciable ces grandes déviations.

Ici, c'est bien de l'avis de tout le monde que nous repousserons les exercices de gymnastique impuissants et plutôt fâcheux.

L'ambition et le désir des parents, en présence de ces déviations pour lesquelles on a fait tous les traitements d'une manière bien inutile, sans qu'on ait même réussi à en arrêter le progrès, leur désir est de trouver enfin un traitement qui empêche le mal d'augmenter.

Le repos dans un appareil plâtré, voilà le moyen.

L'appareil est construit dans la demi-suspension avec pressions latérales faites avant la consolidation du plâtre.

Il est peut-être plus sage de ne pas chercher une trop grande correction d'emblée; ainsi, l'on ne

fait qu'un traitement d'une bénignité absolue et, en limitant ses ambitions, dans ces cas si avancés, on arrive encore à un résultat réel et constant.

Je m'explique :

Même ici, on pourrait arriver à effacer la déviation en très grande partie, en mettant le malade sous le chloroforme et en exerçant une forte pression sur les saillies de la colonne vertébrale et des côtes, l'on pourrait réussir à appliquer un appareil plâtré dans la presque rectitude du tronc. Mais si nous avons affaire à des scolioses vieilles de 6, 8, 10 ans, voici ce qui arrive :

L'appareil maintient les organes et les tissus dans un état de tension telles qu'il n'est pas toléré par le malade ; on est obligé de couper l'appareil au menton et de l'ouvrir souvent sur sa partie médiane antérieure. Dès que ces modifications y sont apportées, le tronc n'est plus suffisamment maintenu, il peut reprendre au moins en grande partie sa mauvaise attitude, et voila que ce bénéfice et cette correction qu'on s'était donné tant de mal à obtenir, l'on est obligé de les laisser se perdre, au moins partiellement.

Il vaut mieux proportionner son effort et sa traction à la tolérance du malade.

En ne corrigeant que partiellement la déviation par étapes successives, on est sûr que la distension des tissus n'est pas telle que le malade ne puisse la supporter dans les premiers jours, et s'y accou-

tumer petit à petit, de manière à ne plus être gêné bientôt ni par cette tension ni par l'appareil plâtré qui la maintient.

C'est dans ce sens que nous avons modifié notre manière de faire ancienne (1).

Nous ne faisons plus, comme autrefois, de vigoureuses tractions du rachis à l'aide de la machine construite à cet usage par Mathieu, sur nos indications ; nous mettons simplement le malade dans la suspension, et nous exerçons comme il a été dit des pressions latérales sur les saillies du rachis, du thorax et du bassin.

C'est avec un grand appareil de mal de Pott dont l'extrémité supérieure emboîte le crâne, que nous maintenons cette correction.

Avec cet appareil, le malade conservera le repos absolu ; il ne sera autorisé à marcher que lorsque son état général souffrira du repos complet. Mais on devine que dans la station debout la pression qui s'exerce sur la base du crâne et sur le menton puisse déformer celui-ci momentanément. Ce n'est donc que lorsque la santé générale l'exigera d'une manière impérieuse que le malade marchera.

Tous les trois mois l'appareil est renouvelé, mais on conserve le grand corset pendant une année.

(1) Voir notre mémoire sur la correction opératoire des scolioses graves (Masson, 1897).

Pendant l'année suivante, on applique un appareil à col officier que l'on peut conserver une deuxième, une troisième année, si l'on ambitionne un bénéfice plus grand. Après quoi l'on applique un petit corset à « épaulières. »

J'ai eu des sujets à scoliose grave qui ont été très améliorés par ce traitement, mais leur gibbosité était tellement horrible avant l'intervention qu'ils ne peuvent encore et, malgré tout, produire une impression de guérison parfaite. Ce n'est que par la comparaison des photographies du dos de ces grands scoliotiques avant et après le traitement, qu'on a réellement le droit de se déclarer satisfait.

Ce traitememt ne guérit certes pas ces scolioses trop anciennes, mais il arrête la déviation et l'atténue assez notablement dans la proportion de plus d'un tiers dans la grande majorité des cas.

C'est assez modeste, dira-t-on, mais lorsqu'on songe à ce que donnent les autres moyens thérapeutiques, l'on peut être content.

Les autres moyens en effet, c'est la gymnastique, les petits corsets d'orthopédiste, les manœuvres d'assouplissement quotidiennes faites sur des tables spéciales ; chaque auteur ayant bien entendu la sienne, qu'il déclare la seule bonne, estimée d'autant meilleure par le gros public qu'elle est plus compliquée et plus incompréhensible. Or je tiens de la bouche même de deux des plus grands

orthopédistes de l'Allemagne que jamais ils n'ont obtenu un semblant de résultat par ces fameux appareils de « détorsion », moyens, qu'ils continuent pourtant à employer, parce qu'il *faut bien avoir l'air de faire quelque chose.*

Je conviens, par contre, que le traitement que je préconise est plus laborieux et plus difficile.

C'est encore ici qu'il faut être cuirassé pour ne pas se laisser aller au découragement.

Si l'on n'écoutait que son bien-être, l'on se refuserait toujours à s'occuper de ces vieilles scolioses qui, quoiqu'il advienne, ne donneront jamais un résultat glorieux, ni même équivalent à la peine qu'on s'est donnée pour l'obtenir, et on leur opposerait un *non possumus* commode pour nous, mais désespérant pour le malade.

Quant à moi, en pareil cas comme dans beaucoup d'autres, j'expose la situation aux parents du malade et à celui-ci — leur disant bien, qu'on n'obtient, après un traitement qui sera long, qu'un résultat très relatif et modeste.

Je les engage à bien réfléchir pendant 4 à 6 semaines, à voir d'autres malades qui se sont déjà soumis à ce traitement, et leur laisse après cette période de réflexion et d'examen le soin de se décider pour ou contre ce traitement. Si après ces longues réflexions, les parents et les malades qui sont généralement des sujets d'un certain âge ayant droit de vote, si, dis-je, les parents et le

malade le demandent, je consens à entreprendre ce traitement si laborieux pour le chirurgien, le seul à ma connaissance qui puisse donner un résultat.

Cyphose.

Je ne fais que mentionner la cyphose ou dos rond qui se traite de même par le repos et des corsets inamovibles d'abord, puis amovibles (en celluloïde).

Même traitement général que pour la scoliose: air marin, régime alimentaire très surveillé, antisepsie de l'estomac et de l'intestin.

CHAPITRE XV

Luxation congénitale de la hanche

Sommaire. La luxation congénitale de la hanche, regardée comme incurable autrefois, est entrée dans une phase nouvelle depuis une dizaine d'années.

Nous savons aujourd'hui obtenir la rentrée de la tête dans la cavité cotyloïde, c'est-à-dire, réduire cette luxation congénitale.

On y peut arriver par deux méthodes : l'une sanglante, l'autre non sanglante.

La méthode sanglante assure une réduction bien solide, mais ce n'est qu'au prix d'une ankylose; non pas qu'on ne puisse obtenir une certaine mobilité de la nouvelle articulation, mais elle ne s'obtient guère qu'aux dépens de l'attitude.

Et une attitude vicieuse compromet bien davantage la marche qu'une raideur de la hanche.

Il faut même ajouter que cette raideur n'est presque jamais assez complète pour empêcher une déviation de se produire, et que l'on a souvent, après l'opération sanglante, à la fois une hanche raide et une mauvaise attitude.

C'est pour cette raison que l'on doit lui préférer l'opération non sanglante lorsque celle-ci peut nous donner la réduction. Elle peut nous donner cette réduction jusque vers huit ans et dans quelques cas exceptionnels jusqu'à dix ou douze ans.

La réalité de la réduction nous sera démontrée par les rayons X. Dans ce traitement, la contention est encore plus difficile à faire que la réduction.

Six à douze mois de traitement actif suffisent. Après ce temps, l'enfant est débarrassé de tout appareil et doit être massé; et l'on fait l'éducation de sa marche. — Il est des cas où la guérison est obtenue sans boiterie.

Pour les cas irréductibles, reste la méthode sanglante après laquelle on recherchera l'ankylose complète.

Pour les luxations doubles l'on n'arrive plus à la réduction par la méthode non sanglante après l'âge de sept ans généralement.

Il n'y a pas à recourir ici à l'opération sanglante qui nous donnant deux ankyloses de la hanche ne fait qu'aggraver la situation de l'enfant.

Pour les luxations doubles, irréductibles, reste le massage longtemps continué et l'éducation de la marche. — Pour ces cas extrêmes on arrive à des améliorations fonctionnelles notables.

Les enfants atteints de ces vices de conformation viennent nombreux à Berck.

C'est pour cela que j'en parle ici. Ayant eu l'occasion de voir beaucoup de ces enfants j'ai pu acquérir une grande expérience de cette maladie.

Je me permets d'ajouter ici que c'est de mon service de Berck que venaient les premiers enfants présentés à l'Académie de Médecine (3 mars 1896) guéris de luxation congénitale de la hanche.

Luxation veut dire déboîtement. La première condition de la guérison c'est de remettre dans la cavité cotyloïde la tête fémorale qui n'y est plus ou plutôt qui n'y a jamais été pour des raisons que nous n'avons pas à étudier ici.

La deuxième condition c'est de combattre vigou-

reusement l'atrophie, qui accompagne toujours le déboitement, à un degré plus ou moins notable.

C'est des efforts que l'on aura faits pour rendre aux muscles leur vigueur que dépendra le plus ou moins de correction de la marche.

Parfois la modification des muscles par les massages amène une amélioration très appréciable de la marche, même lorsqu'il n'y a pas eu de véritable réduction, c'est ce qui explique, pour le dire en passant les petites améliorations obtenues parfois par des masseurs ou rebouteurs dont on a fait grand bruit ces derniers temps et qui n'ont pas remis la tête fémorale en place comme ils le disaient, mais qui, en donnant de meilleurs muscles à leurs malades leur permettent parfois de boiter un peu moins.

Ceci n'a rien qui doive étonner.

Voyez un enfant atteint de paralysie infantile des muscles de la région de la hanche ; sa hanche est en place et cependant il boite, parce qu'il a de mauvais muscles. — Rendez-lui de bons muscles et la boiterie disparaîtra.

Ce qui démontre qu'il ne suffit pas de remettre la hanche en place ; si les muscles restent mauvais et la jambe très affaiblie, la boiterie pourra être très disgracieuse après et malgré la réduction.

Il faut donc ne rien négliger ; et l'on arrivera souvent à des résultats qui pourront s'appeler une vraie guérison. Cependant il y aura quelques cas

où la jambe est tellement amaigrie et atrophiée, que, quoiqu'on fasse, le résultat restera médiocre malgré qu'on ait obtenu une réduction véritable. L'on se trouve alors dans une situation analogue à celle d'une coxalgie avec atrophie marquée du membre ; le malade boitera parce que, bien que la tête n'ait pas quitté la cavité cotyloïde, les muscles sont atrophiés et la jambe plus courte par atrophie.

Il faut distinguer les luxations doubles des luxations unilatérales.

La difficulté du traitement est beaucoup plus grande pour les premières que pour les secondes, on devine aisément pourquoi :

Il ne suffit plus de remettre en place les deux hanches au lieu d'une, il faut encore que les deux soient parfaitement symétriques et qu'elles soient bien mobiles, à la fois solidement plantées et souples. Si une de ces conditions manque, la marche s'en ressentira ; la réduction pourra exister des deux côtés et cependant la marche rester peu régulière.

Lorsqu'il s'agit d'une luxation unilatérale, la difficulté est bien moindre.

En premier lieu, il n'y a que demi-besogne à faire et moitié du temps à mettre pour guérir l'enfant.

En deuxième lieu, s'il manquait quelque chose à la souplesse de la hanche remise, cela ne serait

pas appréciable dans la marche ; l'autre côté parfaitement sain étant parfaitement mobile, vient corriger ce qui reste de défectueux à ce point de vue dans le membre symétrique.

Il est un autre facteur qui augmente la difficulté, c'est l'âge avancé du sujet ; en ce cas les difformités osseuses sont plus marquées et la modification des tissus généralement plus profonde.

Quelles sont les ressources que nous avons pour traiter et guérir les luxations congénitales ?

Tout a été essayé et pendant longtemps tout fut inutile.

Dupuytren, qui a découvert cette maladie, l'appelait incurable ; et il était classique de l'appeler *l'opprobre de la chirurgie*, tant les résultats des tentatives faites depuis Dupuytren à diverses époques ont été peu brillants.

Mais une ère nouvelle a commencé il y a près de dix ans pour les chirurgiens qui s'occupent de cette maladie, contre laquelle nous ne sommes plus désarmés à l'heure actuelle.

Je ne parlerai pas de ce qui a été tenté pendant ces dix dernières années, mais de ce que nous faisons aujourd'hui.

La réduction est la première condition de la guérison. La réduction vraie *peut s'obtenir*, je ne dis pas s'obtiendra à tous coups, mais elle peut s'obtenir de deux manières :

ou bien par une opération sanglante,

ou bien par une réduction non sanglante ;

Par l'opération sanglante, le chirurgien s'en va creuser une cavité cotyloïde profonde sur l'os iliaque à la place où nous savons que cette cavité doit être.

On aborde l'os iliaque par une incision externe; dès que la cavité est creusée il ne s'agit plus que d'y attirer par une vigoureuse traction la tête fémorale remontée dans la fosse iliaque, ce qui ne se fait pas sans déployer une force énorme ; il faut continuer cette traction pendant quelques minutes; sa valeur dépend de l'âge de l'enfant et du degré de la luxation.

L'on se sert pour exercer ces tractions d'une machine ou des mains de deux aides.

Non seulement on tire en bas mais on porte le fémur dans une abduction et une rotation interne assez marquée pour faire cette réduction et une fois cette réduction obtenue on la maintient par notre grand appareil de coxalgie.

Le malade est laissé au repos absolu pendant les quelques jours qui suivent l'opération. Au dixième jour, on pratique une fenêtre au niveau de la ligne d'incision pour retirer le drain généralement laissé dans la plaie ; deux jours après le malade fait ses premiers pas. — A la troisième semaine on commence à mobiliser la hanche ; à la quatrième ou cinquième semaine le malade est débarrassé de tout appareil.

La luxation est bien réduite ; il n'y a plus qu'à assouplir l'articulation et surtout à assurer la bonne attitude du membre.

C'est à ce dernier point de vue que l'on a eu le plus de mécomptes, car si l'on arrive bien à faire rentrer la tête fémorale dans la nouvelle c avité artificiellement creusée, si les mouvements qu'on obtient sont toujours à peu près suffisants puisque la guérison avec ankylose elle même n'est pas à vrai dire un échec, par contre, l'attitude devient fréquemment défectueuse; la jambe, comme s'il s'agissait d'une coxalgie avec raccourcissement prend souvent une attitude de flexion et d'adduction d'où un raccoursissement très fâcheux et une boiterie qui pour ne pas être celle de la luxation congénitale reste cependant une boiterie disgracieuse.

Ce traitement auquel reste attaché le nom d'Hoffa n'est donc pas l'idéal.

Et tous les chirurgiens ont recherché la guérison par des interventions non sanglantes.

Déjà Pravaz, de Lyon, était arrivé dans plusieurs cas à de véritables réductions malgré que la chose ait été très contestée.—Et après lui, de très loin en très loin, quelques chirurgiens étaient arrivés à réduire réellement.

Nous même avons obtenu, avant que les chirurgiens allemands fissent des réductions non sanglantes, un beau succès chez une fillette de Tourcoing très connue à Berck, en 1891. La tête fémo-

rale rentrée après des manœuvres prolongées faites sous le chloroforme, en présence de quatre médecins qui m'assistaient, fut maintenue ensuite par un grand appareil plâtré pendant près de deux ans. Aujourd'hui, sept ans après la fin du traitement, la tête est restée parfaitement en place. Kirmisson a obtenu aussi des résultats satisfaisants et plusieurs chirurgiens encore.

Mais c'est au chirurgien italien Paci et au chirurgien allemand Lorenz que nous devons la régularisation des manœuvres qui conduisent à la réduction non sanglante et ils ont créé une véritable méthode de traitement des luxations congénitales.

Ce traitement a été modifié et perfectionné par de nombreux chirurgiens.

Voici ce que je fais actuellement :

Je fais tirer préalablement par une extension continue, pendant quelques jours, sur la jambe malade ; puis, sous le chloroforme, pendant cinq ou dix minutes, je fais une traction puissante avec une machine, afin de donner aux tissus de la hanche, la longueur voulue pour permettre la réduction.

Il ne faut pas soumettre d'emblée les enfants aux manœuvres de redressement sous chloroforme à moins qu'il n'y ait, pour agir ainsi, une raison grave. Il est préférable de soumettre l'enfant à une période d'extension préliminaire, dans la position couchée. Cette extension est 5 à 10 kilogr. et va durer huit, quinze, vingt jours.

La tête fémorale n'étant pas en place, l'extension n'aura pas à lutter ici contre la pression atmosphérique ; cette traction s'exercera en totalité sur les muscles et les ligaments qui maintiennent la tête fémorale dans une position anormale. Elle distend ces tissus et facilite d'autant les manœuvres de réduction. Cependant, lorsqu'il s'agit d'un petit malade qu'on voit au loin pour la première fois et qu'on aura de trop grandes difficultés à retourner voir, on peut l'opérer séance tenante sans inconvénients à redouter.

L'enfant étant bien endormi, l'on exerce une traction directe en bas sur la jambe pour abaisser la tête au niveau de la cavité cotyloïde rudimentaire qui persiste généralement.

Dès que la tête sera suffisamment descendue, le chirurgien la fera pénétrer dans la cavité cotyloïde en portant le fémur dans la flexion puis dans l'abduction maxima à angle droit et enfin en rotation en dehors.

En renouvelant cette manœuvre plusieurs fois, la tête finit par pénétrer dans la cavité cotyloïde, ce dont l'oreille est avertie par un claquement caractéristique en même temps que l'œil voit à travers la peau et les muscles la tête bondir en avant et en dedans de la région de l'aine.

La réduction est opérée.

Si l'on n'y arrive pas, c'est généralement parce que la tête fémorale n'a pas été suffisamment abais-

sée et il faut, séance tenante, recommencer la traction directe, la pousser plus loin qu'on ne l'a fait précédemment, en la prolongeant encore de plusieurs minutes; après quoi l'on recommence les manœuvres de réduction, c'est-à-dire la flexion, l'abduction, la rotation en dehors, qui, cette fois, amènent la réduction.

Les réductions vraies ont été déjà assez nombreuses pour qu'il soit de notre devoir d'essayer toujours cette méthode avant de proposer l'opération sanglante.

Jusqu'à huit ans, on peut promettre presque sûrement la réduction ; à partir de cet âge les résultats sont beaucoup plus inconstants.

Je viens d'obtenir par un traitement de six mois seulement, un succès complet chez une enfant de Versailles, âgée de dix ans, en traitement à l'hôpital Rothschild. — Passé douze ans, on n'obtient à peu près jamais la réduction (1).

Lorsque celle-ci a été obtenue, on la maintient par un appareil plâtré qui fixe le fémur dans l'attitude d'abduction à angle droit et de rotation externe très marquée.

On diminue parfois l'abduction et l'on étend quelque peu la jambe jusqu'alors fléchie sur la

(1) Au moment de mettre sous presse, je viens d'obtenir la réduction chez une enfant de la villa Notre-Dame, âgée de douze ans et ayant un raccourcissement de huit centimètres.

cuisse, mais si l'on s'éloigne trop de l'attitude dans laquelle la réduction s'est faite, on risque de reproduire le déboîtement. Donc, il vaut mieux appliquer l'appareil dans l'attitude même qu'avait le fémur au moment du claquement pathognomonique.

La marche, qui à chaque pas éloignait autrefois la tête déplacée, la fait, au contraire, pénétrer dans la cavité dès que la réduction a eu lieu ; la marche qui était l'ennemi est devenue, à partir de ce jour, un auxiliaire.

Le malade peut marcher, à la rigueur, dans cette position anormale de la jambe ; mais il est préférable, à mon avis, de le laisser dans un repos à peu près complet jusqu'au troisième mois, date du renouvellement de l'appareil ; à cette époque on ramènera la jambe vers la position normale.

Nous devons revenir sur quelques points de cette technique :

1° Il faut réduire.

2° Il faut bien maintenir.

Peut-être est-il encore plus difficile de bien maintenir que de réduire.

Si la réduction n'est pas faite, on le voit immédiatement, il n'est même pas nécessaire d'être chirurgien pour savoir si elle est obtenue, les parents que je laisse assister à ce temps de l'opération — la réduction proprement dite — saisissent le fait aussi facilement et plus que s'il s'agissait de la réduction d'un déboîtement de l'épaule.

Pour faciliter la rentrée de la tête et sa contention ultérieure, on fait céder par des pressions vigoureuses exercées avec les doigts sur la branche verticale du pubis, les attaches des adducteurs ; en quelques minutes ils sont désinsérés, cela vaut mieux que de pratiquer des ténotomies parce qu'on évite ainsi l'effusion même d'une goutte de sang et surtout tout risque d'infection.

On recommence la traction directe, avons-nous dit ; cette traction pour être efficace doit être très vigoureuse, les mains des aides ne suffisent pas — pour les cas tant soit peu difficiles. — Nous nous servons d'une machine que nous avons fait construire par Mathieu, qui nous permet non seulement de tirer aussi puissamment que nous le devons, mais encore de mesurer cette traction au dynamomètre, ce que ne fait, au moins à ma connaissance, aucune autre machine.

L'expérience m'a montré qu'il fallait porter la traction sur la jambe à 150 kilog. environ et la prolonger pendant dix minutes (en lui conservant cette valeur) pour réduire les formes de difficulté moyenne, même chez les enfants de 4 à 6 ans.

Après dix minutes, j'enlève l'enfant de la machine et je fais les manœuvres de réduction plus haut décrites.

Si l'on n'arrive pas à réduire après un essai de quelques minutes, on remet l'enfant dans la machine et on tire de nouveau pendant huit à dix

minutes, en portant même cette fois la traction jusqu'à 160 ou 180 kilog. (ce qui paraît énorme d'autant que, à l'encontre des autres machines, celle-ci tire uniquement sur la cuisse et non pas sur le pied), puis on recommence les manœuvres de réduction.

Si l'on n'arrive pas avec cette force, il vaut mieux y renoncer pour l'instant et mettre l'enfant de nouveau à l'extension continue pendant 15 à 20 jours ; après quoi on fera une nouvelle tentative.

On va trouver énorme cette traction de 150 kil. pendant dix minutes. Et cependant jamais je n'ai observé de paralysie, ni même de contusions profondes, ni aucun accident pouvant être attribués à cette traction si vigoureuse.

Je ne sache pas que les autres méthodes en usage puissent jouir de cette sécurité au point de vue des accidents consécutifs; cela tient, je crois, à ce que je mesure la force que je déploie, tandis que dans les autres procédés, il faut tirer à l'aveugle. — Je déploie une force très grande sans doute, mais toujours mesurée, avec laquelle je n'ai pas à craindre des à coups excessifs ; tout en n'ayant jamais eu d'accidents, j'ai réussi cependant à réduire le déboîtement dans bon nombre de cas où des chirurgiens très habiles avaient échoué dans des tentatives faites une ou plusieurs années avant la mienne.

J'ai dit que le maintien de la réduction était plus difficile que la réduction elle-même; en effet,

l'appareil de contention doit être d'une précision mathématique, sans quoi la réduction ne se conservera pas. C'est à cause de la défectuosité des appareils qu'elle ne s'est pas maintenue généralement jusqu'à ce jour.

Les uns ont proposé d'appliquer le plâtre sur de la ouate, les autres sur du tissu des Pyrénées ou sur de la flanelle ou sur une bande de gaze.

J'ai essayé de toutes ces manières ; eh bien, la plus simple est aussi la meilleure : c'est de protéger la peau avec une couche mince d'ouate qu'on déroule comme une bande de toile ordinaire, puis de construire un appareil plâtré s'arrêtant à l'ombilic et descendant comme on ferait pour une coxalgie, sur la jambe et même sur le pied. Si l'on veut être sûr de la bonne contention de la jambe, il faut que cet appareil soit fait avec la plus grande précision ; c'est l'habitude qui permet au chirurgien de faire de bons appareils ni trop, ni trop peu serrés. — Avant que le plâtre ne soit sec, on produit par une pression des doigts deux dépressions au-dessus des deux crêtes iliaques, — une troisième au-dessus du grand trochanter et une 4e en dedans pour exercer une compression au niveau des attaches rompues des adducteurs.

Tant que dure ce premier appareil je préfère que l'enfant ne marche pas.

Autrefois on le faisait marcher avec un petit appareil s'arrêtant au genou, mais il vaut mieux

pour se donner toutes les chances de maintenir la réduction, non-seulement allonger l'appareil jusqu'au pied mais encore supprimer la marche pendant les trois mois que va durer ce premier appareil. — L'enfant marchera avec le deuxième appareil; celui-ci sera appliqué sur la jambe ramenée de l'abduction à angle droit, jusqu'à moitié chemin au moins de la position normale; pour bien faire ce 2e appareil il est préférable d'user encore de chloroforme.

Dans cette 2e séance, un aide prenant la jambe et le pied ramène doucement la cuisse jusqu'à mi-chemin de la complète rectitude, étendant en même temps la jambe sur la cuisse et changeant la rotation externe forcée en rotation interne légère. Pendant ce temps, le chirurgien surveille la tête fémorale qui est cachée dans la profondeur (autrefois on la portait en avant par une hyperextension de la cuisse, mais c'est mauvais). Si elle apparaît en avant, le chirurgien fléchit la cuisse légèrement, ce qui fait rentrer la tête dans la profondeur et c'est dans cette attitude qu'on applique le 2e plâtre.

Trois mois après, on applique un troisième appareil qui est ordinairement le dernier. Cet appareil est posé sur une jambe ramenée dans la complète rectitude; il reste souvent un peu d'abduction à cause de la non soudure des adducteurs, ce n'est pas mauvais, il faut respecter cette abduction

légère et l'entretenir plutôt, parce que, grâce à elle, cette jambe sera aussi longue que l'autre ; sans cet artifice elle ne l'est pas, à cause de l'atrophie qui existe toujours ici.

C'est en raison de cette atrophie, que dès que l'enfant est débarrassé de ses appareils, au 7e ou 8e mois, il faut lui faire des massages quotidiens et l'exercer à la marche. L'enfant marchera plus ou moins bien, suivant qu'il sera plus ou moins bien massé et éduqué. Il sera ce que nous le ferons. Il faut continuer les massages assez longtemps et le résultat s'améliorera de jour en jour.

On arrivera d'autant plus souvent à un excellent résultat, qu'on sera plus habile, plus tenace, et aussi qu'on aura affaire à des parents plus intelligents qui ne laisseront ni briser ni souiller les appareils.

Lorsqu'on n'a pas pu réduire, et c'est la règle pour les vieux cas, on s'en tiendra aux massages ou bien on se décidera pour l'opération sanglante s'il s'agit d'une luxation unilatérale. Après cette opération, au lieu de poursuivre, comme on le voulait autrefois, le retour des mouvements il sera bien préférable de rechercher d'emblée une bonne ankylose. L'enfant aura sans doute ainsi un peu de difficulté à s'asseoir, mais en retour la marche sera incomparablement plus correcte, ce qui est capital. Voilà ce que ma propre expérience me permet d'affirmer.

Pour les vieilles luxations bi-latérales, Kirmisson a proposé l'ostéotomie double sous-trochantérienne ; le résultat est toujours très médiocre. Je conseille de s'en tenir aux seuls massages ; si on les continue longtemps, l'amélioration de la marche est souvent assez notable.

Je veux en terminant ce qui a trait à la thérapeutique de la luxation congénitale, insister sur le secours que nous pouvons attendre de la radiographie.

Cette radiographie est prise avant la réduction et cette réduction non sanglante se fait dans mon cabinet de radiographie (1), ce qui permet de contrôler et de vérifier avec certitude la réduction de la tête fémorale avant d'appliquer un appareil pour trois mois.

A chaque remplacement d'appareil la radiographie est encore prise ce qui nous permet de marcher à coup sûr ; et cette façon de faire devrait être celle de tous les chirurgiens qui s'occupent de ce traitement. A celui qui veut entreprendre cette thérapeutique sans s'éclairer à chaque étape, pour ainsi dire, par les rayons X, il arrivera de trop fréquents et de trop pénibles mécomptes.

(1) La direction du service de la radiographie est confiée à mon ancien interne, le docteur Bergugnat, médecin de « l'hôpital de l'Oise et des départements ».

CHAPITRE XVI

Pied bot. — Tarsalgie.

SOMMAIRE : Nous arrivons par les méthodes non sanglantes à redresser les pieds bots (congénitaux).

Pour arriver à ce redressement non sanglant le chirurgien passe successivement en revue tous les éléments de la difformité : adduction, enroulement, équinisme, élévation du bord interne du pied, pour les corriger.

La séance de redressement demande ordinairement près d'une demi-heure.

Le pied est maintenu en hypercorrection par une petite botte plâtrée avec laquelle l'enfant peut marcher dès le huitième jour qui suit l'intervention.

Au sixième mois l'enfant peut abandonner tout appareil.

Cette méthode se recommande par sa bénignité absolue et par son efficacité.

Tarsalgie.

Dans les cas légers, réfection de la voûte plantaire par quelques manœuvres orthopédiques (non sanglantes) et contention dans une botte plâtrée.

Dans les cas graves où les moyens précédents n'ont pas suffi, l'extirpation de l'astragale nous a donné de bons résultats.

Je parle dans ce chapitre exclusivement du pied bot congénital.

Lorsqu'on a laissé s'invétérer le pied bot, lors-

qu'il s'agit d'un enfant de 15 ans, par exemple ou d'un enfant encore plus âgé, il est nécessaire de recourir aux interventions sanglantes pour corriger les déviations osseuses qui sont irréductibles par les manœuvres manuelles.

En ce cas, la conduite à tenir est bien simple; pas de règle fixe ; on ouvre, puis on abrase dans les os du pied tout ce qui paraît être un obstacle au redressement et à la correction parfaite.

Ces régularisations osseuses faites, l'on maintient le pied redressé dans un appareil plâtré qu'on laisse en place quelques mois ; mais dès le quinzième jour lorsqu'on suppose la plaie fermée, il faut faire marcher l'enfant avec son appareil pour ne pas laisser le membre s'atrophier.

De plus le malade arrive par la marche à façonner ses os, et son pied prend ainsi non seulement la forme qu'on veut mais encore une grande solidité.

Ces pieds sont parfois très courts, très épais, peu élégants, ressemblant plus à un pied d'éléphant qu'à un pied de chinoise, mais ils sont généralement très utiles.

Autrefois je traitais par l'intervention sanglante beaucoup de pieds bots ; maintenant, autant que possible, j'ai recours aux traitements conservateurs.

Chez les petits enfants on traitera tous les pieds bots par les seules manœuvres orthopédiques.

Ces manœuvres faites sous chloroforme ont

pour but de corriger successivement les divers éléments de la déviation. On met le bord externe du pied sur un petit billot en bois et on le malaxe patiemment, vigoureusement, laborieusement jusqu'à ce que l'adduction, l'enroulement du pied, puis l'équinisme, puis la rotation aient été effacés successivement.

Généralement le résultat n'est pas obtenu même pour un petit enfant, avant une vingtaine de minutes et parfois pour les enfants plus âgés la séance dure 3/4 d'heure, si bien que le chirurgien est obligé de se faire remplacer plusieurs fois par des aides dans l'exécution des laborieuses manœuvres de redressement.

Lorsque l'hypercorrection est obtenue, on applique un appareil plâtré jusqu'au genou et 2 ou 3 jours après l'intervention l'enfant marche ; quelquefois il est mis sur pieds le jour même.

Si la correction de l'équinisme ne se fait pas par ces seules manœuvres, l'on peut sectionner le tendon d'Achille.

Encore un temps difficile, c'est l'abaissement du bord interne de l'arrière-pied ; parfois je fais, pour l'obtenir, avec un fin ténotome la section sous-cutanée du ligament tibio-astragalo calcanéen.

Lorsqu'on est arrivé par ces manœuvres non pas seulement à la simple correction, mais même à l'hypercorrection, il ne se produira pas de récidive. Si la correction n'est pas complète dès

la première séance, on la complètera dans une deuxième ou une troisième séance.

Lorsqu'on a l'habitude de ce traitement on arrive ainsi à de très belles guérisons, supérieures à celles que Phelps et Kirmisson obtiennent par leurs opérations qui consistent essentiellement dans l'ouverture de l'articulation médio tarsienne en dedans, d'où la béance de celle-ci et la correction possible du pied difforme : correction qui n'est malheureusement pas complète dans la généralité des cas et qui n'est pas durable comme celle que nous obtenons par les manœuvres plus haut décrites; la récidive est fréquente après l'opération de Phelps en raison de la rétraction violente de la cicatrice profonde qu'a laissée l'intervention sanglante.

Tarsalgie et pied plat

Tarsalgie au 1er degré : Des massages, un bon traitement général et de bonnes chaussures rétablissent la voûte du pied.

2e *degré*. — Nous essayons sous chloroforme de rétablir la forme normale et nous faisons marcher immédiatement ces enfants avec des bottines plâtrées maintenant le pied avec la voûte reconstituée par nos manœuvres.

3e *degré*. — Pour les formes qui résistent à ces redressements non sanglants nous avons recouru plusieurs fois à des opérations et celle qui nous a donné le meilleur résultat est encore, comme à Morestin, l'ablation de l'astragale.

CHAPITRE XVII

Paralysie infantile. Pied bot paralytique.

SOMMAIRE : Traitement médical : bains de mer, lotions d'eau de mer chaude.

Massages, électrisation.

Traitement chirurgical : arthrodèse ou enraidissement des jointures dont les muscles (péri-articulaires) sont trop atrophiés.

La suture et l'anastomose des tendons des muscles paralysés avec un tendon voisin appartenant à un muscle valide.

La paralysie infantile se traite ici par les moyens ordinaires : massages toujours, électrisation rarement et on adjoint à cette médication l'usage des bains de mer froids ou chauds et les lotions d'eau de mer chaude dans l'intervalle des bains.

Le traitement chirurgical ne donne pas des résultats très brillants lorsque la nutrition et le développement des membres sont par trop compromis; et l'on est obligé parfois d'opposer un

refus aux parents qui vous pressent d'agir par les interventions classiques : la suture ou l'anastomose des muscles.

Cependant l'arthrodèse rend de grands services pour améliorer la marche. Nous avons déjà dit à propos des tumeurs blanches que lorsque les muscles péri-articulaires étaient très atrophiés, la correction de la marche était assurée par la suppression du jeu de la jointure. C'est pourquoi nous enraidissons celle-ci dans la paralysie infantile et cela est d'autant plns utile qu'ici l'affaiblissement des divers groupes musculaires n'est pas uniforme ; il s'ensuit un défaut de symétrie dans leur action pendant la marche d'où une boiterie très disgracieuse.

Nous avons fait l'arthrodèse un certain nombre de fois pour les diverses articulations du membre inférieur, avec un bénéfice réel.

Notre avivement se borne à l'ablation du revêtement cartilagineux des extrémités articulaires.

Pas de sutures osseuses : un appareil plâtré en bonne attitude.

C'est une opération bénigne.

Dans deux cas récents, nous avons pu produire une soudure solide d'un pied ballant, sans opération sanglante, en faisant des injections modificatrices irritantes (chlorure de zinc 1/60) dans les articulations tibio-tarsiennes et médio-tarsiennes et en immobilisant ensuite ce pied dans un appareil plâtré pendant quelques mois.

Mais l'arthrodèse, même multiple, ne suffit pas toujours dans le cas de pied bot paralytique; il est des cas où le redressement ne peut pas se faire; souder un pied en mauvaise attitude n'est guère rationnel, il faut commencer par rendre ce redressement possible.

Et pour cela, on est conduit à recourir à des tarsectomies qu'on fera sans plan arrêté absolument d'avance. On enlèvera toutes les cales osseuses, tous les obstacles qui s'opposent au redressement parfait et l'on soudera le pied dans cette attitude.

On arrive ainsi à faire de pieds ballants et complètement paralysés des pilons vivants, utiles et très solides.

Si la paralysie du pied est moins accentuée, si elle ne porte que sur un muscle ou sur un très petit nombre de muscles, l'on pourra arriver sans tarsectomie et même sans arthrodèse, à un résultat satisfaisant.

Pour cela, nous réunirons l'extrémité périphérique d'un tendon du muscle paralysé avec un tendon voisin appartenant à un muscle valide (anastomose ou transplantation).

Nous pouvons arriver ainsi à de bons résultats, à des améliorations réelles. Mais cette méthode n'est applicable qu'aux pieds bots paralytiques à forme bénigne et récente.

Lorsque la laxité des articulations ou les déformations osseuses sont accentuées, ce moyen ne

suffit pas ; la tarsectomie avec arthrodèse est le seul moyen d'améliorer la situation du malade.

Ai-je besoin de dire que ces moyens chirurgicaux n'excluent pas les massages, les électrisations et les bains de mer chez ces enfants pendant la période qui précède et celle qui suit ces interventions.

CHAPITRE XVIII

Maladie de Little.

Sommaire : Sans opération sanglante, sans même de ténotomie redresser les attitudes vicieuses de ces enfants.

Maintenir la correction avec des bandages plâtrés aussi légers que possible et faire marcher les enfants le jour même.

Faire pendant longtemps l'éducation de la marche. L'on ne peut rien si l'enfant n'est pas entouré de parents intelligents et prêts à s'en occuper du matin au soir.

J'ai eu l'occasion de soigner un certain nombre de maladies de Little et j'ai eu la satisfaction de faire marcher des enfants de 6 à 8 ans qui n'avaient jamais marché.

Ces enfants ne vont peut-être jamais sans un amoindrissement intellectuel appréciable, mais cette insuffisance cérébrale a des degrés.

Si l'enfant est capable de comprendre ce que l'on veut de lui et de faire un effort, l'on pourra espérer un résultat favorable.

Si l'enfant est trop arriéré pour « vouloir » nous seconder, il n'y a à peu près rien à faire.

J'ai eu un enfant de Trouville, âgé de 8 ans, qui n'avait jamais marché, qui ne s'était jamais tenu sur les pieds, mais dont le désir de marcher et l'énergie morale étaient grands ; c'est à cette énergie que je dois le succès obtenu chez lui en 6 mois. — Il marche maintenant.

Comme traitement local pour ces enfants, il est deux choses que je repousse également.

1° Toute opération sanglante.

2° Le repos.

Sous le chloroforme je redresse par des manœuvres non sanglantes (sans ténotomie) leurs jambes et leurs cuisses.

L'on arrive à ce redressement avec un peu de persévérance sans avoir à recourir au bistouri. — Je maintiens la correction par des appareils plâtrés aussi légers et aussi sommaires que possible, et je mets ces enfants sur pieds dès le soir ou dès le lendemain de l'intervention.

L'on s'occupe d'abord de leur maintien dans la station debout. — Il faut au début les porter presque complètement. — Puis, petit à petit (quelques jours après) les muscles des membres inférieurs suffisent à peu près à la besogne ; l'enfant n'a plus besoin que d'être un tantinet aidé par deux mains. Puis l'appui de deux cannes le soutient et enfin l'appui de deux bâtons suffit.

Après cela l'enfant est excercé à faire ses premiers pas; les premières tentatives échouent naturellement, l'enfant doit être véritablement porté.

Mais, après quelques jours, ou quelques semaines, cela dépend des cas, il arrive à faire un ou deux pas sans autre aide que celle de ses deux bâtons. — Dès ce moment la partie est gagnée.

L'enfant fera des exercices de marche toute la la journée; un mois après généralement il sera capable de marcher avec un bâton et au deuxième mois il pourra lâcher ce dernier appui. Au sixième mois mon enfant de Trouville faisait cent pas sans arrêt, sans aucun appui.

L'on devine tout ce qu'il faut de patience à l'entourage de l'enfant.

Effectivement la condition indispensable du succès, c'est de pouvoir compter absolument sur les soins intelligents et courageux des parents de l'enfant.

Si cette condition n'est pas remplie, j'aime mieux ne pas commencer le traitement.

CHAPITRE XIX

Maladies des yeux.

SOMMAIRE : Le traitement marin aide puissamment à la guérison des blépharites, des kératites, des conjonctivites de nature strumeuse. Traitement local : asepsie rigoureuse de l'œil et protection par des lunettes teintées.

Strabisme — Traitement conservateur autant que possible exercices stéréoscopiques.

Les affections des yeux qui relèvent du lymphatisme se retrouvent, comme bien on pense, chez les enfants strumeux qui viennent en grand nombre à Berck.

Mais, quoiqu'on ait dit, ces affections oculaires ne sont pas plus fréquentes ici qu'ailleurs, et elles guérissent aussi bien, pourvu qu'on les traite avec une grande attention et une bonne antisepsie. Je pourrais citer plusieurs grands oculistes qui croient si bien à l'action bienfaisante du traitement marin qu'ils envoient à la mer leurs petits sujets dont la guérison se fait attendre, ayant aussi pour

règle d'y envoyer leurs sujets guéris pour prévenir le retour de l'affection oculaire.

Le traitement général du lymphatisme, mieux assuré aux bords de la mer que partout ailleurs, aide notablement à la guérison de ces blépharites, blépharo-conjonctivites et kérato-conjonctivites.

Le traitement local consiste surtout dans une grande asepsie de l'œil. Cette asepsie est assurée par des lavages avec une solution non alcoolisée de sublimé au 1/5000.

La toilette successive de la peau, des paupières, des bords ciliaires et le lavage des culs-de-sac conjonctivaux, débarrassent l'œil de tous les micro-organismes infectieux, qui entretiennent l'affection.

Pour mettre l'œil à l'abri des frottements et des attouchements incessants de l'enfant, pour le garantir contre le contact des poussières et du sable nous recommandons plus fréquemment encore que le port d'un bandeau, l'usage de lunettes bombées légèrement teintées.

Rien de particulier à dire des enfants atteints de strabisme qui sont traités ici comme partout, par des moyens médicaux aussi exclusivement que possible : l'atropine, les louchettes, l'occlusion d'un œil pour les tout petits, puis un peu plus tard les lunettes avec ou sans louchette suivant les cas, les prismes, les exercices stéréoscopiques suivant les règles indiquées par Javal...

CHAPITRE XX

Maladies de la gorge. — Végétations adénoïdes et grosses amygdales.

Sommaire. — Traitement général du lymphatisme qui amène parfois la guérison ou une regression suffisante.

Mais si les végétations adénoïdes sont abondantes, si elles ont entraîné une complication, si l'on a acquis la conviction que le traitement marin ne suffira pas à les guérir, alors les enlever.

Cette petite intervention est très bénigne ; elle dure une demi-minute ; elle peut se faire avec ou sans anesthésie, au choix des parents.

Conduite à tenir en présence des grosses amygdales.

Dans une plage faite pour les enfants lymphatiques l'on devine qu'il nous arrive souvent des enfants atteints de végétations adénoïdes du pharynx et d'hypertrophie des amygdales.

Au même titre que l'adénite cervicale ces affections relèvent généralement de la scrofule et dans les deux cas il s'agit d'une hypertrophie du système lymphoïde accrue par les infections qui ont leur siège dans les cavités de la bouche et du nez.

On connaît la physionomie spéciale de ces enfants dont l'ensemble des traits du visage constitue ce qu'on appelle le facies adénoïdien.

Le visage est pâle, la bouche entr'ouverte, la lèvre supérieure épaisse, courte ; le maxillaire supérieur paraît atrophié et les pommettes aplaties ; le nez semble avoir subi un arrêt de développement, diminué dans tous ses diamètres. Les ailes du nez et le front sont sillonnés de veines bleuâtres. Les yeux paraissent être à fleur de tête, les plis naso-géniens tendant à s'effacer ainsi que les plis naso-malaires.

Les végétations adénoïdes peuvent s'accuser encore par des signes rationnels qui sont : la gène de la respiration nasale caractérisée par le ronflement, l'agitation, les troubles de la voix et de la prononciation, les modifications de l'odorat et du goût, l'altération surtout de l'audition qui se manifeste par la surdité, d'abord passagère puis plus ou moins permanente.

Elles s'accusent parfois par de la toux, de la dyspnée, de la laryngite striduleuse, de la céphalie frontale, de la paresse de l'intelligence.

L'enfant d'un de mes amis était le dernier élève de sa classe, je l'ai opéré de végétations adénoïdes énormes, il est passé quelques mois après au tout premier rang et a étonné par sa vivacité ceux qu'il désespérait par son hébétude.

Enfin les végétations peuvent entraîner des déformations thoraciques qu'il faut bien distinguer de celles du rachitisme et un arrêt dans la croissance et le développement progressif du corps.

Ces signes rationnels survenant chez des en-

fants dont la physionomie a le cachet si spécial dont nous avons parlé, doivent faire penser à l'existence de végétations adénoïdes, mais c'est seulement lorsqu'on aura pratiqué le toucherpharyngien qu'il sera permis d'affirmer l'existence des végétations.

Le doigt introduit dans l'arrière cavité des fosses nasales reconnaît si elles existent, si elles sont volumineuses, si elles sont à la voûte ou sur la paroi postérieure du naso-pharynx, médianes ou latérales, si elles sont dures ou molles. Ce toucher demande quelques secondes à peine. Voilà le seul procédé de diagnostic sans appel.

Quelle sera notre conduite en présence de cette affection fréquente et que quelques praticiens veulent attaquer dès qu'ils l'aperçoivent, dès qu'ils la soupçonnent même.

Si les végétations sont peu volumineuses, j'estime qu'il ne faut point faire d'intervention chirurgicale.

Que dirait-on du médecin qui, mis en présence des petites adénites cervicales si fréquentes chez l'enfant prendrait le bistouri dans tous les cas?

N'avons-nous pas vu que ces cas guérissaient toujours ou presque toujours sous l'influence d'un séjour prolongé à la mer?

Il en est de même pour les végétations adénoïdes (si proches parentes des hypertrophies des ganglions lymphatiques), on les voit très souvent disparaître spontanément à la mer. Un des plus grands spécialistes, dont personne ne récusera

l'autorité, M. Lermoyez, l'a constaté maintes et maintes fois comme moi.

Ne sait-on pas d'autre part que ces végétations subissent, même sans aucun traitement, une régression spontanée à l'approche de la puberté. On se comportera donc en présence de ces végétations peu volumineuses et lorsqu'il n'existe pas de complications auriculaires ou autres, comme on le fait en présence des polymicro-adénites de la région cervicale; on attendra la guérison de l'action de la mer et d'un traitement général du lymphatisme et particulièrement de l'usage de l'huile de foie de morue, et l'on désinfectera le pharynx par quelques douches nasales. La belle avance d'enlever les végétations si le lymphatisme persiste, elles pourront se reproduire le lendemain!

Mais, si les végétations sont abondantes, si elles ont entraîné une complication, si l'on a acquis la conviction, comme lorsqu'il s'agit d'une adénite cervicale, que l'air de la mer ne les impressionne plus, alors on les enlèvera.

La petite opération peut se faire sans chloroforme si les parents le désirent, elle dure à peine quelques secondes, elle est d'une bénignité absolue. On aura soin d'enlever les végétations méthodiquement, complètement et l'on instituera ensuite un bon traitement général.

L'ablation bien faite, bien complète suivie encore d'un séjour assez prolongé à la mer, voilà le meilleur moyen d'empêcher les récidives.

Les soins consécutifs se bornent à quelques injections antiseptiques légères.

Notre conduite est la même en présence des hyperthrophies amygdaliennes.

Pour extirper complètement les amygdales, le bistouri vaut mieux que l'amygdalotome ; mais, pour opérer avec le bistouri, il faut une plus grande habileté.

Pour enlever les végétatious adénoïdes, nous nous servons soit du couteau de Gosstein, soit de l'anneau tranchant de Schmidt.

Lorsque l'enfant présente à la fois des végétations adénoïdes et une hypertrophie des amygdales, nous faisons l'ablation dans une seule séance ; le tout ne dure pas une minute.

Nous avons soin de commencer par l'amygdalotomie ; commencer par les végétations, serait nous exposer à être gêné par le sang lorsqu'on passerait ensuite à l'ablation des tonsilles.

Les résultats opératoires de l'extirpation des végétations adénoïdes sont excellents.

Tous les troubles disparaissent rapidement et la croissance reprend sa marche progressive.

Mon ami, le docteur Malherbe, a montré, et j'ai constaté comme lui, que c'est surtout immédiatement après l'intervention que ces résultats sont le plus marqués.

CHAPITRE XXI

Maladie des oreilles. — Otorrhée.

Sommaire : Le traitement marin a une influence heureuse sur l'évolution des otorrhées de nature lymphatique.

Aidé d'une asepsie aussi rigoureuse que possible de la bouche, du nez et des conduits auditifs, le traitement marin conduit à la guérison.

Dans les formes rebelles ou graves, lorsque des complications sont menaçantes, faire le curetage aseptique et méthodique de la caisse, de l'antre, et de l'apophyse mastoïde.

Les soins post-opératoires sont d'une importance capitale comme après le curetage de toute fistule osseuse.

Nous rencontrons bien souvent des otorrhées à Berck, dans un milieu où se réunissent tant d'enfants lymphatiques et débilités.

Tantôt l'otorrhée constitue la seule manifestation morbide, tantôt elle accompagne des maladies plus sérieuses : ostéite, tumeur blanche, etc., pour lesquelles l'enfant est venu à Berck.

L'otorrhée est une manifestation de la scrofule — scrofule de la première période (Bazin), si elle n'intéresse que la muqueuse de l'oreille moyenne ;

manifestation de la troisième période, si elle intéresse les os.

Le séjour de la mer est favorable à ces otorrhées de nature strumeuse; aussi, ces malades peuvent-ils séjourner à la plage avec profit ; cependant les bains de mer leur seront interdits, ainsi que les lavages à l'eau de mer. Moyennant ces précautions, l'otorrhée suit une évolution favorable ; et il n'est pas rare de voir, sous l'influence bienfaisante et prolongée de l'air marin, l'otorrhée se guérir sans qu'il ait été fait de traitement local, comme se guérit une glande au cou par la seule action de la mer sur l'état général.

Cela ne veut pas dire que nous attendions de l'air marin la guérison de l'otorrhée, sans faire de traitement local. Pas plus ici que pour une scrofulide du reste du corps, le traitement marin ne dispense d'un traitement local. Nous nous sommes expliqué, au début de ce livre, sur la nécessité d'associer les deux.

Le traitement local doit être poursuivi doucement, méthodiquement, antiseptiquement.

Parfois, la guérison est obtenue par la simple observation précise de quelques règles d'antisepsie.

Cette antisepsie doit porter sur la bouche et les fosses nasales ; et, d'autre part, sur les conduits auditifs.

Des lavages antiseptiques, soignés et régulièrement faits, y pourvoiront.

Après le lavage, l'oreille sera fermée aux impu-

retés du dehors par un petit tamponnet d'ouate, qu'on aura pris soin de stériliser à l'autoclave ou à l'étuve sèche, contrairement à l'habitude fâcheuse qu'ont les malades et les médecins eux-mêmes d'introduire dans l'oreille du coton qui a traîné n'importe où, roulé instantanément entre des doigts plus ou moins propres.

Ces soins de propreté continués pendant quelques mois suffisent bien souvent à tarir l'écoulement.

Lorsque cela ne suffit pas, j'injecte doucement une solution aseptique de glycérine iodoformée ou de créosote dans l'huile d'olives et j'adopte une conduite identique à celle que j'adopterais si j'étais en présence d'une fistule osseuse rebelle, en apportant dans le choix et l'emploi des liquides modificateurs tous les ménagements que nécessite un organe aussi prompt à s'enflammer que l'oreille....

L'on arrive ainsi au but lorsque les lésions osseuses sont limitées.

Si la carie du rocher est ancienne, si des complications sont menaçantes, je n'hésite pas à faire le curetage de la caisse, de l'antre, de l'apophyse mastoïde en suivant la technique si nettement réglée par A. Broca, qui en a fait une opération d'une facilité extrême.

Les soins post-opératoires sont d'une importance capitale ici, comme après tout curetage de fistule osseuse ; sans cela les surfaces cruentées des os se réinfectent.

CHAPITRE XXII

Chlorose. — Chloro-anémie.

Le traitement marin est très bienfaisant pour la presque unanimité des chlorotiques.

Il n'est certainement pas plus d'une chlorotique sur vingt qui ne soit pas guérie par un séjour quelque peu prolongé à Berck.

A part quelques très rares chloroses à forme nerveuse, les autres guérissent toujours à la mer.

Au traitement marin on ajoute l'usage de fer ou de l'arsenic suivant les cas.

La chlorose est cette anémie tout à fait spéciale (maladie d'évolution sexuelle ou de croissance) qui frappe exclusivement les jeunes filles vers l'âge de la puberté de 13 à 20 ans, et qui est caractérisée essentiellement par des modifications dans la composition du sang.

Il y a des médecins qui proscrivent la mer pour la chlorose — pour des raisons qu'ils n'indiquent pas et que nous ne devinons pas.

Il arrive à Berck un grand nombre de chloroses soit en ville, soit dans les hôpitaux. Eh bien ! à peu près toutes, 19 sur 20 certainement, se transforment sous l'influence du traitement marin dans l'espace de quelques mois.

A l'hôpital Rothschild, par exemple, il est classique d'escompter la guérison des chlorotiques pour le troisième ou le quatrième mois qui suit leur entrée à l'hôpital, et leur remplacement est prévu à l'avance pour cette date.

Elles se fortifient, leurs pâles couleurs sont remplacées par une coloration rose du visage, les souffles du cou sont à peine perceptibles ou ont disparu.

La transformation est véritablement surprenante.

Il arrive bien que, de loin en loin, on trouve quelque chlorose réfractaire, mais c'est l'infime exception.

Nous avons dit que l'amélioration est rapide généralement. Si l'on voit une jeune fille conserver ses pâles couleurs, son impression de fatigue perpétuelle, son essouflement après deux mois passés à la mer, on estime qu'il n'y a plus grand chose à espérer d'un séjour plus long et on la renvoie.

Je dois ajouter cependant, que j'ai vu à l'Établissement Notre-Dame, une jeune fille de 17 ans qui est restée longtemps pâle, languissante, essoufflée et qui n'a été vraiment guérie qu'après un séjour d'une année à Berck.

A part les cas de chlorose nerveuse où les bains sont interdits, les chlorotiques prennent un bain de mer et même deux par jour de une à deux minutes de durée et vivent constamment sur la plage. Cela suffit souvent à les rétablir; cependant nous ajoutons au traitement marin, l'administration d'une préparation de fer ou d'arsenic, suivant les cas.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION

SOMMAIRE : La tuberculose externe guérit toujours avec un bon traitement général et le repos de l'organe malade.
Cela est vrai pour la tuberculose des organes profonds (os ou articulations) comme pour celle des tissus superficiels (glandes lymphatiques ou tissus mous).
Mais cela n'est vrai que tant qu'il s'agit d'un foyer tuberculeux fermé ; dès qu'on ouvre ou qu'on laisse s'ouvrir le foyer bacillaire, la gravité de la maladie est centuplée parce que des infections secondaires viennent s'associer à l'infection bacillaire primitive et que cette association est cent fois plus difficile à guérir, l'expérience l'a démontré.
Les ostéites et tumeurs blanches suppurées, coxalgies et maux de Pott suppurés se terminaient autrefois par la mort — même à Berck, malgré les ressources du traitement marin, malgré l'antisepsie qu'on y pouvait faire.
Si à l'heure actuelle, ces mêmes maladies guérissent toujours, c'est parce que, à Berck, autrefois on ouvrait le foyer tuberculeux et que maintenant on ne l'ouvre jamais. L'adage latin : *Ubi pus, ibi evacua*, est menteur ici. Autant il est salutaire d'ouvrir un abcès chaud, autant il est désastreux d'ouvrir un abcès froid — ce que presque tous les médecins font cependant tous les jours.
Cette faute, que presque tous commettent d'un cœur si léger, entraîne trop souvent la mort du malade lorsqu'il s'agit d'une tuberculose profonde — mais la mort ne

survient généralement qu'une ou plusieurs années après — ce qui explique que la relation de cause à cet effet, entre l'intervention et la terminaison fatale, échappe au médecin.
Cette relation est certaine néanmoins.
Si ce livre parvient à l'établir aux yeux de tous les médecins, il aura atteint son but et sauvé bien des vies humaines.. 11

CHAPITRE PREMIER.

Valeur prophylactique d'un séjour à Berck.

Sommaire : Mieux vaut prévenir que guérir, j'ajouterai que c'est aussi plus facile.
Tous les petits candidats à la tuberculose seraient préservés par un long séjour à Berck.
Nous n'avons jamais vu éclater une manifestation tuberculeuse chez ces milliers d'enfants pourtant menacés et qui n'étaient envoyés à Berck que parce qu'ils étaient menacés...
Le séjour devrait être prolongé pour assurer réellement l'avenir.
Pourquoi le danger de contagion est nul à Berck, malgré le très grand nombre d'enfants lymphatiques qui s'y trouvent réunis.................................. 27

CHAPITRE II.

Traitement général des Enfants déjà malades.

Sommaire : Le traitement général, sans constituer la seule thérapeutique des tuberculoses externes, comme le voulaient nos pères, présente une importance capitale.

Le traitement général suffit parfois ici comme dans la tuberculose interne, à amener la disparition du foyer bacillaire, mais associé à un bon traitement local, il assure la guérison dans tous les cas de tuberculose externe.
Il peut être concilié avec le traitement local le plus sévère, même avec le repos au lit et l'immobilisation absolue, quoi qu'en aient dit les Américains et les Allemands. Cela est vrai tout au moins pour les enfants de Berck tenus dans la position couchée, qui sont voiturés toute la journée à la plage.
Le traitement général des tuberculoses externes comprend :
1° L'emploi de quelques médicaments : huile de foie de morue, etc. ;
2° Une alimentation saine, abondante ;
3° L'observance d'une bonne hygiène ;
4° Le choix d'un climat et d'une localité.
Valeur du séjour de Berck pour les tuberculoses externes.................................... 33

CHAPITRE III.

Considérations générales sur le traitement local des tuberculoses externes.

Sommaire : Nous avons déjà dit dans notre introduction que les tuberculoses locales sont des maladies toujours curables tant qu'elles ne se compliquent pas d'infections secondaires.
L'on n'ouvrira donc jamais la porte à ces infections secondaires, et pour cela l'on n'ouvrira jamais au bistouri les foyers tuberculeux, car dans ce cas, tôt ou tard, quoiqu'on fasse, ces foyers ouverts s'infecteraient.
La thérapeutique que nous préconisons n'est pas celle du ne rien faire. Notre thérapeutique sera au contraire très

active. Elle consistera à attaquer le mal chaque fois que nous pourrons atteindre sûrement le foyer tuberculeux, et c'est non seulement possible, mais facile dans le cas d'abcès froid reconnu ; à modifier le foyer en y introduisant à l'aide de très fines aiguilles des liquides modificateurs de la tuberculose.

Cette thérapeutique a deux avantages : le premier de guérir plus souvent et dans un temps généralement plus court.

Le deuxième, c'est de ne supprimer que le mal, de laisser intactes, non seulement toutes les parties saines voisines de l'organe malade, mais de celui-ci même toute la charpente c'est-à-dire de ne pas mutiler les malades, de procurer les guérisons orthopédiques et esthétiques les meilleures qu'il est possible de souhaiter.

En un mot, notre thérapeutique guérit toujours, elle guérit intégralement bien souvent tandis que tous les autres traitements tuent souvent, et mutilent toujours.

Parmi les liquides modificateurs connus, il n'en est pas un qui soit véritablement spécifique de la tuberculose, mais il en est plusieurs et même un assez grand nombre qui, bien maniés, conduiront à la guérison.

La technique des injections est aussi importante que le choix des liquides.

Parmi ces liquides modificateurs les plus communément employés sont l'iodoforme dans l'éther ou dans l'huile d'olives ou dans la glycérine, et le naphtol camphré.

Ce dernier est d'un emploi beaucoup plus délicat que l'iodoforme. Par contre il guérit certains foyers contre lesquels l'iodoforme est impuissant.

Le naphtol camphré est inoffensif pourvu qu'on ne l'injecte que dans des cavités à paroi tuberculeuse déjà bien constituée ; l'absorption sera ici très lente.

Injecté dans le tissu cellulaire ou dans une cavité virtuelle, ou dans un ganglion dur, le naphtol camphré est dangereux, même à la dose de quelques grammes.

Nous nous servons généralement d'un mélange de 1/4 de naphtol camphré et 3/4 d'éther iodoformé.

On peut guérir avec d'autres liquides et même avec la

solution du chlorure de zinc (non pas au 1/10, parce qu'elle est à ce titre trop douloureuse, mais au 1/50), mais pour guérir avec ce liquide, comme avec tous les autres, il faut l'injecter non pas en dehors des foyers tuberculeux comme on l'a dit, mais dans ces foyers eux-mêmes.................................... 53

CHAPITRE IV

Abcès froid.

Sommaire : La manière dont il traite les abcès froids est la pierre de touche qui permet de juger le chirurgien appelé à traiter les tuberculoses externes.

Car l'abcès froid c'est toute la tuberculose externe sous la forme suppurée : c'est-à-dire sous la seule forme qui appelle l'intervention active du chirurgien.

L'abcès froid, avons-nous dit, c'est la tuberculose suppurée, quel que soit l'organe primitivement atteint.

La chose est évidende lorsque le tubercule est né et s'est développé dans les tissus mous.

Mais c'est encore rigoureusement vrai pour la tuberculose qui a son point de départ dans les organes profonds, os ou jointure. L'abcès froid de la coxalgie ou du mal de Pott n'est en réalité que le prolongement du foyer profond, qu'un diverticule ou, si l'on veut, une « extériorisation » de ce foyer.

Le chirurgien qui ouvre l'abcès froid de la coxalgie ou du mal de Pott va donc ouvrir en réalité le foyer tuberculeux de la hanche et des vertèbres.

La conduite à tenir en présence d'un abcès froid est identique dans tous les cas, qu'il s'agisse d'un abcès essentiel, ou d'un abcès froid symptomatique.

Il y a trois traitements de l'abcès froid :

1° L'extirpation sanglante : à repousser, parce que trop souvent elle ne guérit pas et que par contre elle amène toujours des dégâts considérables.

2° L'abstention, qui escompte la résorption spontanée de l'abcès. Cette attitude est préférable à la précédente, mais moins bonne que la suivante.

3° Le traitement par les ponctions et les injections modificatrices qui guérit sûrement, qui guérit vite, qui guérit sans mutilation.

C'est parce que la guérison est beaucoup plus assurée ainsi et qu'en traitant l'abcès on peut agir très favorablement sur le foyer profond (os ou jointure) d'où vient l'abcès, que le traitement actif par les injections est bien préférable à l'abstention — tout au moins dans les cas où l'abcès froid est facilement accessible.

Il n'y a pas un cas où l'ouverture de l'abcès s'impose (à moins qu'il n'existe une fièvre persistante trahissant une infection surajoutée).

Lorsque la peau est rouge et que cette ouverture paraît inévitable à tous, on peut encore l'éviter à peu près toujours par des ponctions évacuatrices fréquentes faites pendant quelques jours sans injections consécutives, mais ce traitement demande en ce cas une grande minutie et une grande dépense de temps.

Il est même bon nombre de cas où l'ouverture étant produite, on peut encore employer cette méthode des ponctions et des injections : c'est lorsque l'ouverture est petite et qu'une infection secondaire n'a pas encore pu se faire.

Il suffit, pour que la guérison se fasse, qu'on trouve le moyen de conserver le liquide modificateur dans la cavité, d'une injection à l'autre.

C'est uniquement dans le cas où l'abcès est le siège d'une infection secondaire (par une faute d'antisepsie généralement commise en faisant une ponction ou une injection) que son ouverture s'impose. Il faut même ne pas trop retarder, dans ce cas, l'ouverture du foyer ; cette infection secondaire amènerait sans cela des dégénérescences viscérales.

On traitera ensuite ces fistules par des pansements et des injections de liquides antiseptiques et modificateurs.

En résumé, il ne faut jamais ouvrir les abcès froids essentiels ou symptomatiques.

Et cependant, tous les jours des centaines de médecins, sous mille prétextes dont aucun n'a de valeur réelle, ouvrent les abcès froids.
Du fait de cette ouverture, la situation de leur malade est très aggravée.
A côté de ceux-là, il est heureusement quelques autres médecins — trop rares — qui non seulement n'ouvrent pas les abcès froids — mais encore savent profiter de l'existence de cette cavité pour y porter des substances modificatrices qui vont, de là, atteindre et tarir la source première (os ou jointure) d'où vient l'abcès.
Ces derniers médecins, loin d'aggraver la situation du malade, l'ont guéri, non seulement de son abcès, mais très souvent de la maladie des os ou des articulations qui avait engendré l'abcès.
On est donc autorisé à dire que la date d'apparition de l'abcès est une date néfaste pour les malades soignés par les premiers (médecins) et une date plutôt heureuse pour les malades soignés par les deuxièmes............ 101

CHAPITRE V

Adénites de la région du cou.

Sommaire : Ce qui assombrit surtout le pronostic des adénites cervicales c'est qu'elles laissent souvent après elles des stigmates durables de scrofules.
L'objectif du chirurgien doit être par conséquent de tout faire pour les éviter.
Au lieu de cela, à l'heure actuelle, il pratique d'emblée, un traitement qui laisse fatalement ces tares trop souvent indélébiles.
C'est contre cette manière de faire que je m'élève, avouant qu'elle a été aussi la mienne pendant trop longtemps.
Les adénites cervicales peuvent guérir sans trace aucune

soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement bien fait.

La résolution spontanée n'est pas rare. Qu'on ne se presse donc pas d'intervenir. Si la glande se ramollit, traitez-la comme un abcès froid des membres par les ponctions et les injections ; la guérison sera également parfaite.

Si la glande (cas le plus rare) reste stationnaire, provoquez artificiellement soit sa résolution, soit son ramollissement, mais toujours par des méthodes sauvegardant l'intégrité de la peau.

N'intervenez par une opération sanglante que lorsque la peau est déjà très altérée et qu'il y a, même au point de vue esthétique, un avantage manifeste à agir ainsi.

La thérapeutique que je recommande est de beaucoup la meilleure.

Malheureusement elle demande au chirurgien une minutie, un effort, une persévérance, et surtout une dépense de temps inouïs et c'est en réalité pour cette raison que je n'ose guère espérer la voir adopter d'une manière générale.

L'intervention sanglante, au contraire, est simple, brillante et expéditive.

Mais l'intervention sanglante guérit en laissant une tare disgracieuse, tandis que la méthode conservatrice peut guérir sans trace dans l'immense majorité des cas.

Guérir sans traces les adénites cervicales, guérir sans cicatrices : ce résultat vaut bien, il me semble, qu'on se donne du mal pour l'obtenir 135

CHAPITRE VI.

Synovites. — Kystes synoviaux. — Hygromas tuberculeux.

Sommaire : La tuberculose des bourses séreuses et des synoviales tendineuses se présente sous deux formes : la forme liquide et la forme fongueuse.

Si c'est sous la forme liquide — exemple, les kystes synoviaux de la main — le traitement est celui de l'abcès froid ordinaire.

S'il s'agit d'une synovite fongueuse sèche, il faut demander au repos, à la compression et à un bon traitement général la guérison.

Pour hâter cette guérison, on peut faire quelques injections modificatrices dans l'épaisseur des fongosités : leur effet sera de provoquer soit la résorption, soit le ramollissement, ce qui est encore un mode de guérison désirable.

Les opérations sanglantes sont à rejeter ici, parce qu'elles guérissent moins sûrement que les injections modificatrices et que les extirpations sanglantes compromettent généralement la nutrition des tendons intéressés, c'est-à-dire entraînent des impotences fonctionnelles.. 154

CHAPITRE VII.

Ostéites.

Sommaire : La tuberculose des os n'est pas plus grave dans son essence que la tuberculose des tissus mous superficiels.

Elle guérira aussi constamment si elle est bien soignée, elle guérira par les mêmes moyens, sans opération sanglante.

S'il n'y a pas d'abcès, si l'ostéite est sèche, elle guérit par un long repos et un bon traitement général.

Si l'ostéite est suppurée, s'il y a un abcès, le traitement de cet abcès froid est celui que nous avons indiqué dans le chapitre IV.

En guérissant l'abcès, nous guérissons le foyer osseux d'où il vient — pourvu toutefois que la communication existe encore assez large entre l'os et l'abcès.

La crainte de l'ouverture du foyer tuberculeux est encore ici le commencement de la sagesse.

S' s'agit d'un os profond : vertèbres ou os iliaque, l'ouverture conduit trop souvent à une infection secondaire et à la mort.

Cela n'est pas vrai pour l'os très superficiel que l'on peut, à la rigueur, débarrasser complètement de tous ses produits morbides par un curetage attentif ou une résection.

L'ouverture est surtout à redouter pour les os profonds, mais dans ce cas, on peut l'éviter aisément parce que l'abcès parti de cet os (profond) est saisissable sur un très long parcours avant qu'il ne menace la peau.

Entre des mains exercées l'abcès froid symptomatique d'une ostéite profonde sera facile à guérir avant qu'il ne touche la peau.

La peau est au contraire plus menacée et l'ouverture plus à craindre s'il s'agit d'une ostéite superficielle, parce que l'abcès froid a un moindre espace entre l'os et la peau pour se développer.

Mais, nous l'avons dit, si les méthodes conservatrices échouent parfois pour ces ostéites superficielles, l'opération sanglante pourra nous donner ici la guérison.

L'opération sanglante serait impuissante contre certaines ostéites profondes ; mais par contre celles-ci peuvent toujours être guéries par les seules méthodes conservatrices.

Dans le cas de fistules déjà produites, les injections modificatrices valent encore mieux que les interventions sanglantes, si ce n'est dans le cas d'ostéites superficielles.

Les injections faites avec patience pendant longtemps amènent la guérison pourvu que le malade soit arrivé avant la période des dégénérescences viscérales... 159

CHAPITRE VIII.

Tumeurs blanches.

Sommaire. — En premier lieu, nous repousserons en principe, comme traitement de la tumeur blanche, la résection.

Nous repousserons également en principe le traitement conservateur simple, c'est-à-dire l'immobilisation dans l'appareil plâtré pendant un, deux, trois ans ou davantage.

Eviter les mutilations qu'entraîne la méthode sanglante.

Eviter l'immobilisation absolue et prolongée pendant plusieurs années qu'entraîne la méthode conservatrice ou tout au moins ne vouloir qu'une immobilisation relative et de courte durée, de quelques semaines, par exemple, de manière que la jointure n'ait pas le temps de s'ankyloser et cependant arriver à la guérison du foyer tuberculeux malgré cette liberté et cette mobilité relatives laissées à la jointure, qui sont plutôt des conditions défavorables pour l'extinction du foyer morbide ;

Cela est-il possible ? Oui, en attaquant directement les lésions bacillaires par des injections de liquides modificateurs de la tuberculose (iodoforme, naphtol camphré, créosote, gaïacol, etc.), dans la cavité articulaire.

Je me suis expliqué ailleurs très longuement sur la technique de ce traitement qui demande 8 à 10 injections faites à 3 ou 4 jours d'intervalle et dont la durée moyenne est, par conséquent, d'un mois.

Ce traitement, ici comme pour les abcès froids, est celui qui assure le mieux la destruction des lésions bacillaires.

Mieux que la résection parfois insuffisante quoiqu'on fasse : mieux que l'immobilisation simple dans un appareil plâtré, de plusieurs années, qui ne donne pas toujours la résorption (spontanée, peut-on dire en pareil cas) des

lésions tuberculeuses, puisqu'il surgit souvent des abcès froids au cours de ce traitement conservateur.

Le traitement que je préconise a donc un premier avantage : de guérir plus sûrement et plus souvent que tous les autres.

Le deuxième avantage, c'est de guérir en laissant persister souvent, en partie tout au moins, la mobilité des articulations, parce que ce traitement dure à peine quelques semaines, les mouvements n'ont donc pas eu le temps de se perdre.

Dès que le traitement du foyer tuberculeux est fini, c'est-à-dire après 6 ou 8 semaines, l'on s'occupe en effet du soin de développer les mouvements qui persistent dans cette jointure maintenant assainie.

Le traitement que nous préconisons réussira plutôt en ville qu'à l'hôpital, où le nombre trop grand des malades met le médecin dans l'impossibilité de s'occuper de chaque cas particulier avec l'assiduité désirable pour assurer la conservation des mouvements... Il faut donc, à l'hôpital, se résigner d'avance à n'obtenir dans la plupart des cas que des guérisons avec enraidissement de la jointure, mais en bonne attitude.

Peut-on dire même que le traitement réussira dans tous les cas où l'on pourra s'en occuper à loisir, avec continuité ?

Non, certes. Pour conserver les mouvements, il faut que nous prenions les tumeurs blanches dès leur début, ou bien si nous arrivons à une période plus avancée, il faut que la déviation soit nulle ou presque nulle.

Dans les cas contraires l'on peut obtenir la mobilisation, mais sans arriver toujours à supprimer l'attitude vicieuse.

Il ne faut pas s'entêter en pareil cas à vouloir conserver quand même la mobilité de la jointure ; si l'on voit, après avoir fait quelques essais de mobilisation, que les leviers articulaires retournent toujours quoiqu'on fasse à leur mauvaise attitude première, il vaut mieux renoncer à la mobilité, surtout s'il s'agit des membres inférieurs, car il est préférable d'avoir une jointure enraidie en

bonne position, que d'avoir une jointure souple avec une mauvaise attitude habituelle.

Mais il y a des articulations où l'on réussit à peu près constamment à conserver la mobilité ; c'est le coude, le cou de pied et le poignet.

La réussite est encore assez fréquente au genou, un peu moins à l'épaule, et au contraire rare à la hanche.

Ainsi nous pourrons à l'avenir obtenir fréquemment une véritable et complète guérison des tumeurs blanches : guérir le mal en sauvant le fonctionnement de la jointure.

Et dans une très large mesure nous aurons supprimé ou du moins atténué les infirmités que laissaient trop souvent après elles les tumeurs blanches. 175

CHAPITRE IX

De la mobilisation des ankyloses

Sommaire : L'on doit séparer les ankyloses d'origine tuberculeuse de celles qui succèdent à des affections articulaires non tuberculeuses.

Celles-ci sont de petites raideurs ou des ankyloses complètes.

Les petites raideurs se guérissent sans difficulté et sans danger par des mobilisations répétées et des massages.

Les ankyloses complètes ne peuvent être mobilisées qu'autant qu'on a, dans une intervention faite sous chloroforme, amorcé tout d'abord le mouvement.

L'on court le danger de provoquer ainsi une inflammation violente de l'articulation traumatisée.

Mais ce danger, on peut le conjurer sûrement en immobilisant mathématiquement les deux leviers articulaires dans les jours qui succèdent à l'intervention. L'on ne commencera les exercices de mobilisation que lorsque la sensibilité et la fièvre auront complètement disparu.

S'il s'agit d'ankylose, suite du tumeur blanche, à ce risque s'ajoute celui de réveiller la tuberculose, de provoquer un abcès froid.

Mais nous savons à l'heure actuelle guérir sûrement et dans l'espace de quelques semaines, par des injections modificatrices, les abcès froids accessibles.

Ce qui revient à dire : en brisant une ankylose pour la mobiliser, nous risquons une arthrite simple s'il s'agit d'affections articulaires non tuberculeuses; une arthrite avec abcès froid s'il s'agit d'ankylose, suite de tumeur blanche, et ce double danger nous savons le conjurer d'une manière certaine.

Autre chose est répondre de l'efficacité de l'intervention, c'est-à-dire du résultat définitif.

Nous ne parlons pas ici des petites raideurs qui guérissent assez facilement, mais des ankyloses complètes.

Quoi qu'on fasse (et pour bien faire les choses, il faut consacrer une heure par jour pendant plusieurs mois à son malade, en outre des exercices qu'il fera lui-même), quoi qu'on fasse, l'on n'a guère que 50 chances pour 100 d'arriver à une mobilisation vraiment utile de la jointure ankylosée (tout au moins à l'heure actuelle).

Donc rien à perdre; le pis qui puisse arriver, c'est de revenir à l'état antérieur, et près de moitié de chances d'obtenir des mouvements utiles, 6 à 12 mois de traitement au minimum. Voilà comment la question doit être posée au malade ou à la famille à qui je laisse toujours le soin et la responsabilité de la résoudre........ 213

CHAPITRE X

Coxalgie.

Sommaire : La 1re question des parents qui vous amènent un enfant coxalgique est celle-ci :

Vous guérirez mon enfant, n'est-ce pas ?

La 2e question : Vous le guérirez sans boiterie ?

La 3e question : Lui conserverez-vous ses mouvements ?

On peut répondre oui à la 1re question.

On guérira certainement tout coxalgique qui viendra au début de la maladie.

On guérira même tout coxalgique qui, venu longtemps après ce début, se présente avec des déviations et même des abcès, pourvu que ces abcès ne soient pas ouverts.

On guérira même souvent ceux qui arrivent avec des abcès ouverts mais pourvu qu'ils n'arrivent pas trop tard, c'est-à-dire lorsque déjà cette ouverture a produit des infections septiques et des dégénérescences viscérales.

On les guérira, mais à la condition de les traiter par des méthodes conservatrices (antisepsie et injections modificatrices) et non par la résection de la hanche qui doit être absolument proscrite.

Quant à guérir le malade sans boiterie, avec des mouvements, on le peut quelquefois, si le coxalgique nous arrive à la toute première période, au premier signal de la maladie, sans attitude vicieuse.

En ce cas on le soignera par le repos absolu dans la position couchée sans appareil plâtré ; si la guérison se fait trop attendre il est permis de chercher à la hâter en faisant dans sa hanche quelques injections modificatrices avec de l'iodoforme ou de la créosote dans l'huile d'olives.

Si le coxalgique n'est arrivé qu'à la période des attitudes vicieuses ou si malgré le traitement précédent une attitude vicieuse s'est produite, les chances de guérir en conservant les mouvements de la hanche sont petites.

Ou plutôt il n'y a plus que des chances très petites de sauvegarder à la fois la bonne attitude et la mobilité de la hanche ; or entre deux jambes dont l'une est raide mais sans déviation et l'autre mobile mais avec une attitude vicieuse, la première est préférable et assure beaucoup mieux la correction de la marche.

Comme les chances sont petites d'unir la mobilité et la

bonne attitude, et qu'en recherchant la première on peut compromettre la seconde, je conseille toujours, pour l'hôpital et d'une manière générale pour les coxalgies de la ville, de mettre l'enfant dans mon grand appareil plâtré (que j'ai décrit longuement dans mon livre de la coxalgie).

Cependant si les familles en ville désirent qu'on essaie de tout sauvegarder et de conserver la mobilité, on peut essayer d'atteindre ce résultat parfait.

En ce cas, le malade est au repos complet dans la position couchée ; on corrigera son attitude vicieuse par l'extension continue ; il faut être organisé pour surveiller ce traitement du matin au soir, sans quoi on se refusera même à l'entreprendre, car il échouera sûrement sans cette surveillance incessante. En outre en se rendant au désir des parents on leur déclarera que si après 6, 8, 10 mois, il est démontré qu'on ne peut pas arriver à obtenir à la fois une correction de la déviation et une mobilité de la jointure, il faudra en venir à l'appareil plâtré que l'on n'abandonnera plus.

Pour corriger la déviation lorsqu'on use de l'appareil plâtré (qui est le traitement de l'immense majorité des cas) l'on procèdera en plusieurs étapes si la déviation est trop rebelle ; l'on s'en tiendra chaque fois à la correction que donnent sous la résolution chloroformique des manœuvres douces et très courtes. Car je crois que les longues et violentes manœuvres de redressement ne vont pas sans entraîner quelque risque d'inoculation (et de méningite par cette inoculation), surtout dans les coxalgies très douloureuses.

On pourrait encore ici faire des injections modificatrices préalables dans la jointure, pour supprimer ou atténuer tout au moins la virulence des fongosités.

Mon grand appareil plâtré, comme je l'ai montré le premier, est le remède héroïque, souverain dans les coxalgies douloureuses qui résistent aux autres traitements.

L'appareil plâtré conserve des jambes solides, en bonne attitude et assure de bonnes guérisons. On n'en saurai

dire autant, d'une manière générale, de l'extention continue.

L'appareil plâtré a donc marqué un très grand progrès dans le traitement de la coxalgie.

Les abcès et les fistules de la coxalgie se guérissent par les moyens conservateurs que nous avons fait connaître ailleurs.

La résection de la hanche est une opération malfaisante, elle doit être proscrite ; car elle ne guérit pas généralement et mutile toujours.

Pendant la convalescence, si le malade a guéri en bonne attitude avec des mouvements, on le fera marcher sans appareil.

S'il a guéri avec une jambe raide et qu'il ait tendance à se dévier, il faut le faire marcher avec un petit appareil plâtré inamovible, allant de l'ombilic au-dessus du genou, et plus tard avec un appareil amovible en celluloïde qui permet les massages quotidiens.

Lorsque sans rechute véritable, l'attitude paraît se compromettre longtemps après la guérison, il faut, par des tractions faites quotidiennement à l'aide de poids et de poulies appliqués dans le sens indiqué par la déviation, corriger celle-ci petit à petit.

C'est une affaire d'attention et d'ingéniosité de la part des parents à qui l'on confie la surveillance de ces tractions et de ces pesées.

Que ferons-nous contre les ankyloses que laisse la coxalgie ?

Les ankyloses en mauvaise attitude doivent être traitées.

Si elles sont fibreuses, elles seront corrigées en plusieurs étapes, en s'aidant de la rupture des tendons adducteurs par des pressions digitales faites à travers la peau.

Les ankyloses complètes ou à peu près complètes seront corrigées par une ostéotomie sous-cutanée faite avec un ciseau à froid coupant le col au ras de l'os iliaque. Cette ostéotomie se fait en deux ou trois minutes. C'est la seule qui n'entraîne aucun risque.

Si l'ankylose est en bonne position, il ne faut pas y toucher, même si les parents demandent la mobilisation, à moins que la jambe n'ait une longueur et une muscula-

ture normales, ce qui est bien rare et ce qui ne se voit que lorsque la raideur s'est produite dans une coxalgie bénigne après quelques mois seulement de traitement.
Dans le cas contraire (muscles faibles et raccourcissement), la mobilité pourrait être obtenue, mais aux dépens de la correction dans la marche.
Le malade arriverait à s'asseoir plus facilement mais boiterait d'une manière plus disgracieuse et le bénéfice serait négatif.................................... 237

CHAPITRE XI

Mal de Pott

Sommaire. — A l'encontre de la plupart des chirurgiens je n admets ici, comme pour toutes les manifestations de la tuberculose externe, d'autre intervention active que celle qui a pour but la correction de la difformité.
S'attaquer directement, comme on l'a fait, par une intervention sanglante au foyer tuberculeux du mal de Pott, ou à la paralysie, ou à l'abcès par congestion, c'est transformer le mal de Pott fermé en un mal de Pott ouvert.
Or, si le premier a plus de 95 chances pour cent de se terminer par la guérison, le deuxième a plus de 95 chances sur 100 de se terminer par la mort.
Je ne puis assez m'étonner que les chirurgiens qui ont tout osé en fait d'opérations sanglantes pour attaquer la paralysie et le foyer ou l'abcès du mal de Pott pour lesquels l'abstention est infiniment préférable, n'aient jamais songé à lutter contre la gibbosité pour laquelle cependant leur intervention eut été incomparablement plus inoffensive et plus indiquée.
Plus inoffensive, si tout ce qu'on fait contre elle se passe en dehors du foyer tuberculeux qui restera fermé.
Plus indiquée, puisque les autres manifestations de la ma-

ladie guérissent bien mieux si l'on s'abstient de tout traitement chirurgical, tandis que la gibbosité, si l'on ne s'y oppose, s'installe et s'accroît fatalement.

Or la gibbosité est ici la manifestation symptomatique particulièrement grave.

Supprimez la gibbosité avec ses conséquences immédiates ou éloignées, et le mal de Pott n'est plus la maladie redoutable que chacun sait. Ne rien faire, cela veut dire s'en tenir aux traitements anciens, car ni les gouttières ni les corsets ne peuvent en effet empêcher la gibbosité de se produire et de s'aggaver : tous les chirurgiens le savent et l'on en trouve même l'aveu chez les auteurs qui ont écrit sur la question.

Ces moyens ne peuvent suffire que dans les cas extrêmement bénins et par conséquent exceptionnels.

Pour l'immense majorité des cas, il faut donc un traitement plus sévère, plus précis, plus parfait.

Premier cas.

Le malade arrive sans gibbosité, sans paralysie, sans abcès (ce mal de Pott répond à la coxalgie venue sans déviation).

Notre objectif c'est de faire un traitement qui empêche sûrement la gibbosité de se produire.

Le repos dans la position couchée ne suffit pas, même sur la planche ou dans la gouttière de Bonnet ou la gouttière plâtrée.

Le seul moyen qui nous permette d'atteindre le but, c'est de mettre l'enfant dans un grand appareil plâtré qui maintienne exactement la totalité du tronc, comme le grand appareil de la coxalgie est le seul moyen assuré d'empêcher une déviation de la hanche.

Mais ici le grand appareil plâtré est encore plus difficile à faire. Il faut qu'il maintienne la totalité du tronc, la base du crâne et le bassin, sans cependant gêner le fonctionnement des organes thoraciques ni abdominaux et sans blesser l'enfant.

La difficulté de sa construction, voilà l'écueil. S'il est mal fait, il ne remplira pas le but, il peut même être malfaisant ; mais il en est de même pour tous les appareils à des degrès différents. L'orthopédie demande une grande habileté et une grande expérience.

Un appareil bien fait maintient le dos mathématiquement et sauvegarde l'état général de l'enfant.

On le construit dans la suspension et dans une légère lordose, ce qui nous permet de remplir ces deux indications du traitement des tuberculoses ostéo-articulaires, à savoir la décompression des surfaces malades dans l'immobilisation absolue du rachis et le repos dans le décubitus horizontal.

Cet appareil sera changé le plus rarement possible pour éviter tout traumatisme à l'enfant.

2e *cas.* — Mal de Pott av a cès.

Tout se réduit à ceci : n'ouvrir jamais les abcès, les empêcher de s'ouvrir. Donc les traiter par les ponctions et les injections modificatrices lorsqu'ils menacent la peau.

3e *cas.* — Mal de Pott avec paralysie.

Les opérations sanglantes proposées autrefois pour combattre la paralysie doivent être proscrites : parce qu'elles ont une gravité éloignée redoutable puisqu'elles ont ouvert le foyer tuberculeux et que la fistule qu'elles laissent ne se guérira plus, et enfin parce qu'elles n'ont que très peu d'action durable sur la paralysie.

Au contraire, le redressement par la simple suspension suivi de l'application immédiate d'un grand appareil plâtré, n'a pas de gravité immédiate ni éloignée, et guérit toutes les paralysies (plus de 95 fois sur cent). Si la simple suspenpension n'a pas suffi, on fait à une séance ultérieure une égère traction et une pression directe sur la gibbosité pour dégager la moelle et cela réussit.

4e cas. — MAL DE POTT AVEC GIBBOSITÉ.

Si la gibbosité est récente et petite, la suspension avec ou sans chloroforme, avec ou sans légère pression sur la gibbosité, la corrige ; ce redressement dure une minute et est d'une bénignité absolue.

Appliquer immédiatement un grand appareil plâtré en légère lordose et laisser le malade environ un an dans la position couchée en ne changeant l'appareil que tous les six ou sept mois, si c'est possible.

Si la gibbosité est un peu plus ancienne et plus marquée, faire dans la suspension une pression directe plus énergique, une traction un peu plus forte, mais sans traumatisme inutile. La correction dure encore ici une ou deux minutes, et le traumatisme est, entre des mains exercées, généralement moindre que celui du redressement du genou et de la hanche.

L'appareil plâtré ne doit pas blesser l'enfant, sinon le but n'est pas complètement atteint ; parce que, dès lors, l'immobilisation n'est plus absolue. Nous dirons les moyens d'empêcher ces petites blessures.

L'opération sanglante consistant dans l'ablation des extrémités saillantes des apophyses épineuses et l'avivement du périoste des lames, est une intervention qui dure cinq minutes et est d'une bénignité éprouvée.

Elle a de grands avantages :

1° De faciliter le redressement ;

2° D'empêcher que l'appareil ne blesse l'enfant ;

3° De favoriser la consolidation par les néoformations scléreuses et osseuses qu'elle amène.

Si la gibbosité est ancienne et volumineuse, si elle est soudée, c'est-à-dire ne bougeant plus, il ne faut pas y toucher.

Si elle n'est pas soudée, si elle augmente encore, il faut la traiter pour arrêter sa progression ; et le meilleur moyen d'y arriver, c'est de la redresser un peu.

Les enfants doivent rester couchés, si ce n'est lorsque leur état général commande de les faire marcher.

La guérison locale est beaucoup mieux sauvegardée par le décubitus horizontal.

Généralement, les enfants garderont ce repos environ un an.

Puis ils se lèvent avec un grand appareil plâtré emboîtant le crâne (n° 1), ou bien avec un grand appareil s'arrêtant par « un col officier » à l'union du crâne et de la nuque (n° 2), plus tard avec un petit corset sans col, mais avec « épaulières » (n° 3), qu'on leur laissera longtemps; on le remplacera par un corset amovible en celluloïde.

En faisant ainsi on n'aura pas toujours des résultats parfaits, mais on aura des résultats infiniment supérieurs à ceux des anciens traitements parce qu'on aura lutté avec infiniment plus de vigueur et de persévérance contre la gibbosité tenace et rebelle.

Ce qu'il faut dire surtout, c'est que pour les enfants venus à nous pas trop tard, nous avons un moyen sûr d'empêcher la gibbosité d'apparaître, ou, si elle existe, le moyen sûr de la corriger souvent........................ 272

CHAPITRE XII

Ostéomyélites. — Syphilis des os. — Tumeurs des os.

Sommaire. — Il est une maladie des os beaucoup plus difficile à guérir que la tuberculose, c'est l'ostéomyélite, c'est-à-dire l'infection de l'os par le staphylocoque ou le streptocoque.

L'ouverture du foyer encore ici complique la situation et les fistules que laisse cette maladie sont extrêmement difficiles et souvent très longues à guérir.

Et cependant ici, dans l'ostéomyélite aiguë, contrairement à ce qui se passe pour les foyers tuberculeux, l'ouverture s'impose; elle est le seul moyen de sauver la vie du malade.

Les ostéomyélites chroniques que nous avons à soigner se présenteront donc à nous presque toujours sous la forme fistuleuse.

Encore ici pas d'intervention sanglante; si ce n'est dans le cas où l'on croit à l'existence d'un sequestre bien isolé des parties saines.

Dans les autres cas, traitement local par les injections antiseptiques et modificatrices — et traitement général par le serum de Marmoreck contre le streptocoque, et la levure de bière contre le staphylocoque, bien que ce traitement général n'ait pas encore donné des résultats bien concluants 334

CHAPITRE XIII

Rachitisme

Sommaire : Pour le rachitisme plus encore peut-être que pour la tuberculose, le grand guérisseur c'est l'Océan.

Mais le traitement marin n'est pas tout. Il ne dispense pas du repos — d'un régime alimentaire bien surveillé (lait et œufs presque exclusivement) — et de faire l'antisepsie du tube digestif.

Nous n'avons presque jamais à pratiquer de redressement, ni d'ostéotomie, pour corriger les déviations des rachitiques; le séjour à la mer les corrige sans le secours du chirurgien si bien que l'on a pu dire que le traitement marin avait supprimé le traitement chirurgical du rachitisme.

Il importe de distinguer la coxa-vara, lésion rachitique, de la luxation congénitale de la hanche : la mer guérit la première. C'est le chirurgien seul qui guérira la deuxième.

Scoliose des rachitiques 341

CHAPITRE XIV

La Scoliose.

Sommaire : La scoliose est la déviation latérale de la colonne vertébrale qui se produit sous l'influence de la pesée de la tête et des épaules, de la surcharge, des attitudes vicieuses, etc., chez des enfants dont le système osseux est plus mou, les ligaments plus relâchés, les muscles plus faibles que normalement.

La cause première de la scoliose est donc un trouble de la nutrition générale lié souvent à un mauvais fonctionnement du tube digestif, comme chez les petits rachitiques ; lié aussi à la perturbation profonde que subit l'organisme, surtout chez les jeunes filles, à l'âge de la puberté.

Ce trouble de nutrition frappe surtout le rachis, parce que c'est là que se produit, à cette époque, la plus grande poussée de développement et que s'exercent les pressions et la surcharge dont nous avons parlé.

Chez le petit rachitique, c'est au niveau des membres inférieurs que se produit la déviation pour des raisons analogues.

Ce trouble de nutrition frappe les os du rachis. il frappe aussi les autres tissus, muscles, ligaments, etc.

Il y a donc deux choses dans la scoliose : un trouble de nutrition générale qui nécessite un traitement général qui n'est pas sans analogie avec celui du rachitisme : séjour au bord de la mer, régime alimentaire spécial, antisepsie du tube digestif. Et un traitement local qui sera : le repos dans la position couchée qui suffit, dans les cas tout au début, à arrêter et à corriger même la déviation.

Si l'enfant veut marcher, il faut qu'il marche peu et ne marche qu'avec la contention d'un appareil inamovible

appliqué dans l'hypercorrection du rachis, ou d'un corset amovible en celluloïde, construit d'après un moulage du rachis en hypercorrection. Dans ce deuxième cas, on fera des massages pour améliorer la nutrition de tous les tissus du dos.

Il faut proscrire les séances de suspension et de gymnastique que presque tous les médecins recommandent ; ce sont là des pratiques consacrées par la routine, qui plaisent aux parents, mais qui sont mauvaises. Elles ont ici la valeur qu'elles auraient dans le traitement des déviations rachitiques des membres inférieurs chez les petits enfants. C'est dire que ces pratiques aggravent la scoliose.

Au contraire, le repos l'améliore.

Si la scoliose est plus accentuée, le repos est encore plus indiqué avec en outre un appareil inamovible appliqué sur une colonne vertébrale mise préalablement en hypercorrection. Ce corset est analogue au nº 2 du mal de Pott.

Pressions latérales faites dans la demi-suspension.

Plus le scoliotique gardera le repos et mieux cela vaudra.

On remplace les appareils tous les trois mois en faisant chaque fois de nouvelles pressions latérales.

La durée du traitement dépend de la nutrition générale de l'enfant et des modifications locales du rachis. Ce n'est que lorsque la nutrition n'est pas défectueuse et que la correction désirée est obtenue que le traitement actif doit cesser.

A partir de ce moment, l'enfant portera un corset amovible en celluloïde et sera massé.

Encore ici les séances de suspension et de gymnastique sont mauvaises de l'aveu même des chirurgiens qui les recommandent ordinairement.

Pour les vieilles scolioses, les bosses latérales, l'on ne peut plus ambitionner un résultat bien brillant. Ici les parents s'estiment heureux, après avoir vu échouer les uns après les autres tous les traitements de gymnastiques savantes et compliquées (chaque médecin a son

système) — de trouver enfin un traitement qui arrête cette progression de la scoliose que rien n'a pu enrayer jusqu'alors.

Ce traitement, qui arrête l'effondrement latéral du rachis et corrige partiellement la déviation, c'est le repos complet pendant environ une année, — c'est la mise dans un appareil plâtré analogue à celui du mal de Pott. Cet appareil est appliqué sur une colonne vertébrale aussi modifiée que possible par les pressions latérales de deux ou trois aides, pressions faites dans la suspension du sujet.

Le résultat partiel ainsi obtenu est fixé par le grand appareil embrassant la base du crâne. L'enfant garde le repos dans la position couchée.

Tous les trois mois environ, on renouvelle ces pressions correctrices très bénignes et l'application de l'appareil qui doit en fixer le résultat.

C'est le seul moyen que je connaisse d'arrêter les progrès de ces vieilles et si rebelles scolioses et d'en atténuer partiellement la saillie.

Ce traitement devra être continué deux ans et plus, si le sujet veut arriver à un résultat durable.

Traitement de la *cyphose* (dos rond)................ 349

CHAPITRE XV

Luxation congénitale de la hanche

SOMMAIRE. La luxation congénitale de la hanche, regardée comme incurable autrefois, est entrée dans une phase nouvelle depuis une dizaine d'années.

Nous savons aujourd'hui obtenir la rentrée de la tête dans la cavité cotyloïde, c'est-à-dire, réduire cette luxation congénitale.

On y peut arriver par deux méthodes : l'une sanglante, l'autre non sanglante.

La méthode sanglante assure une réduction bien solide, mais ce n'est qu'au prix d'une ankylose ; non pas qu'on ne puisse obtenir une certaine mobilité de la nouvelle articulation, mais elle ne s'obtient guère qu'aux dépens de l'attitude.
Et une attitude vicieuse compromet bien davantage la marche qu'une raideur de la hanche.
Il faut même ajouter que cette raideur n'est presque jamais assez complète pour empêcher une déviation de se produire, et que l'on a souvent, après l'opération sanglante, à la fois une hanche raide et une mauvaise attitude.
C'est pour cette raison que l'on doit préférer l'opération non sanglante lorsqu'elle peut nous donner la réduction. Elle peut nous donner cette réduction jusque vers huit ans et dans quelques cas exceptionnels jusqu'à dix ou douze ans.
La réalité de la réduction nous sera démontrée par les rayons X.
Dans ce traitement, la contention est encore plus difficile à faire que la réduction.
Six à douze mois de traitement actif suffisent. Après ce temps, l'enfant est débarrassé de tout appareil et doit être massé; et on doit faire l'éducation de sa marche. — Il est des cas où la guérison est obtenue sans boiterie.
Pour les cas irréductibles, reste la méthode sanglante après laquelle on recherchera l'ankylose complète, si la lésion est unilatérale.
Pour les luxations doubles l'on n'arrive plus à la réduction par la méthode non sanglante après l'âge de sept ans généralement.
Il n'y a pas à recourir ici à l'opération sanglante qui, nous donnant deux ankyloses de la hanche, ne fait qu'aggraver la situation de l'enfant.
Pour les luxations irréductibles, reste le massage longtemps continué et l'éducation de la marche. — Même pour ces cas extrêmes on arrive ainsi à des améliorations fonctionnelles notables............................ 371

CHAPITRE XVI

Pied bot. — Tarsalgie.

Sommaire : Nous arrivons par les méthodes non sanglantes à redresser les pieds bots (congénitaux).

Pour arriver à ce redressement non sanglant le chirurgien passe successivement en revue tous les éléments de la difformité : adduction, enroulement, équinisme, élévation du bord interne du pied, pour les corriger.

La séance de redressement demande ordinairement près d'une demi-heure.

Le pied est maintenu en hypercorrection avec une petite botte plâtrée avec laquelle l'enfant peut marcher dès le huitième jour qui suit l'intervention.

Au sixième mois l'enfant peut abandonner tout appareil.

Cette méthode se recommande par sa bénignité absolue et par son efficacité.

Tarsalgie.

Dans les cas légers la réfection de la voûte plantaire par quelques manœuvres orthopédiques (non sanglantes et contention dans une botte plâtrée).

Dans les cas graves où les moyens précédents n'ont pas suffi, l'extirpation de l'astragale m'a donné de bons résultats 388

CHAPITRE XVII

Paralysie infantile. — Pied bot paralytique.

Sommaire : Traitement médical : bains de mer, lotions d'eau de mer chaude.

Massages, électrisation.

Traitement chirurgical : arthrodèse ou enraidissement des jointures dont les muscles (péri-articulaires) sont trop atrophiés.
La suture et l'anastomose des tendons des muscles paralysés avec un tendon voisin appartenant à un muscle valide.. 392

CHAPITRE XVIII

Maladie de Little.

Sommaire : Sans opération sanglante, sans même de ténotomie, redresser les attitudes vicieuses de ces enfants.
Maintenir la correction avec des bandages plâtrés aussi légers que possibles et faire marcher les enfants le jour même du redressement.
Faire pendant longtemps l'éducation de la marche. L'on ne peut rien si l'enfant n'est pas entouré de parents intelligents et prêts à s'en occuper du matin au soir. 396

CHAPITRE XIX

Maladies des yeux.

Sommaire : Le traitement marin aide puissamment à la guérison des blépharites, des kératites, des conjonctivites de nature strumeuse. Traitement local : asepsie rigoureuse de l'œil et protection par des lunettes teintées.
Strabisme — traitement conservateur ; — exercices stéréoscopiques.. 441

CHAPITRE XX

Maladies de la gorge.—Végétations adénoïdes et grosses amygdales.

SOMMAIRE.—Traitement général du lymphatisme qui amène parfois la guérison ou une régression suffisante des végétations.
Mais si les végétations adénoïdes sont abondantes, si elles ont entraîné une complication, si l'on a acquis la conviction que le traitement marin ne suffira pas à les guérir alors les enlever.
Cette petite intervention est très bénigune; elle dure une demi-minute; elle peut se faire, avec ou sans anesthésie, au choix des parents.
Conduite à tenir en présence des grosses amygdales. 401

CHAPITRE XXI

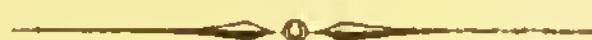
Maladie des oreilles. — Otorrhée.

SOMMAIRE : Le traitement marin a une influence heureuse sur l'évolution des otorrhées de nature lymphatique.
Aidé d'une asepsie aussi rigoureuse que possible de la bouche, du nez et des conduits auditifs, le traitement marin conduit à la guérison.
Dans les formes rebelles ou graves, lorsque des complications sont menaçantes, faire le curetage aseptique et méthodique de la caisse, de l'antre, et de l'apophyse mastoïde.
Les soins post-opératoires sont d'une importance capitale comme après le curetage de toute fistule osseuse. 406

CHAPITRE XXII

Chlorose. — Chloro-anémie.

Le traitement marin est très bienfaisant pour la presque unanimité des chlorotiques.
Il n'est certainement pas plus d'une chlorotique sur vingt qui ne soit pas guérie par un séjour quelque peu prolongé à Berck.
A part quelques très rares chloroses à forme nerveuse, les autres guérissent toujours à la mer.
Au traitement marin on ajoute l'usage de fer ou de l'arsenic suivant les cas.................................. 409



Imprimerie de l'Institut de Bibliographie. — VII-1900.

